**Deutscher Bundestag** **Drucksache 18/6905**
**18. Wahlperiode** 02.12.2015

# Beschlussempfehlung und Bericht

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

a) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**
**– Drucksachen 18/5293, 18/6012, 18/6138 Nr. 9 –**

**Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen**

b) **Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**
**– Drucksache 18/3574 –**

**Elektronische Gesundheitskarte stoppen – Patientenorientierte Alternative entwickeln**

c) **Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Konstantin von Notz, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
**– Drucksache 18/6068 –**

**Sicher vernetzt, gut versorgt – Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der Patienten gestalten**

## A. Problem

**Zu Buchstabe a**

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien können nach Ansicht der Bundesregierung einen wichtigen Beitrag leisten, um die Herausforderungen der demografischen Entwicklung in Deutschland zu bewältigen sowie die Versorgungssituation in den ländlichen Räumen zu verbessern. Damit diese Technologien auch in der täglichen Versorgung genutzt werden könnten, müsse eine Infrastruktur aufgebaut werden, die es den Beteiligten der Gesundheitsversorgung ermöglicht, sicher und schnell miteinander zu kommunizieren. Patienten sollen in die Lage versetzt werden, ihren Behandlern wichtige Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen. Laut Gesetzentwurf hat der Datenschutz dabei höchste Priorität. Die Bundesregierung verweist auf den bereits erzielten Fortschritt durch die elektronische Gesundheitskarte, welche bei Arzt- und Zahnarztbesuchen als alleiniger Versicherungsnachweis gelte. Darüber hinaus seien von der Gesellschaft für Telematik zwei großflächige Erprobungsvorgaben zum Zwecke der ersten nutzbringenden Online-Anwendungen auf den Weg gebracht worden, um die Versorgung der Patienten weiterhin zu verbessern.

**Zu Buchstabe b**

Nach Ansicht der Antragsteller kann die digitale Datenspeicherung und -Übertragung dazu beitragen, die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen zu verbessern. Dies setze jedoch einen effektiven Schutz vor Datenmissbrauch, ein akzeptables Kosten/Nutzen-Verhältnis sowie die Wahrung der Selbstbestimmung von Versicherten bzw. Patienten voraus. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) sowie die dahinter stehende Telematikinfrastruktur genüge diesen Anforderungen nicht. Die Antragsteller monieren eine fehlende offizielle Kosten/Nutzen-Abschätzung. Darüber hinaus befürchten sie durch eine externe Speicherung von sensiblen Gesundheitsdaten eine Gefährdung der Datensicherheit. Eine externe Speicherung von Behandlungsunterlagen sei zudem nicht unbedingt notwendig und widerspreche den Geboten von Datensparsamkeit und Datenvermeidung. Ein solches Projekt anzugehen ohne ein näheres Konzept oder einen Fahrplan für die möglicherweise nutzbringenden Anwendungen vorzulegen, sei fahrlässig.

**Zu Buchstabe c**

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen Vertreter der Patienten eine Mitberatungs- und Mitgestaltungsmöglichkeit in der gematik, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte, erhalten. So werde eine höhere Patienten- bzw. Nutzerorientierung gewährleistet. Die Entwicklung von für Patienten gedachten Anwendungen und Funktionalitäten der Telematik zur Wahrnehmung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung soll bei höchstmöglicher Datensicherheit schnell vorangetrieben werden. Ebenso sollen andere Gesundheitsberufe in die Telematikinfrastruktur einbezogen werden. Zudem sollen hohe Datenschutzstandards auch für an die Telematik angeschlossene Systeme und bei der Einschaltung externer Dienstleister gelten.

## B. Lösung

**Zu Buchstabe a**

Der Gesetzentwurf enthält den Angaben zufolge ein Bündel von Maßnahmen, um nutzbare elektronische Kommunikationsverfahren in die gegenwärtige Versorgung einzuführen. Ziel ist es demnach, die sichere Telematikinfrastruktur als zent-

rale elektronische Infrastruktur im Gesundheitswesen zu etablieren. Der Gesetzentwurf trage dabei sowohl den technischen als auch den rechtlichen Anforderungen des Datenschutzes Rechnung. Mit dem Gesetzentwurf soll außerdem die Einführung nutzbringender Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte unterstützt werden. Die Strukturen der Gesellschaft für Telematik als auch ihre Kompetenzen sollen optimiert und erweitert werden. Darüber hinaus soll mit dem Gesetz die Interoperabilität der informationstechnischen Systeme im Gesundheitswesen verbessert und telemedizinische Leistungen gefördert werden.

**Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5293, 18/6012 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

**Zu Buchstabe b**

Die Antragsteller fordern, einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Erhöhung der Versorgungsqualität als prioritäres Ziel jeder elektronischen Kommunikationslösung formuliert. Das Nutzen/Risiko- sowie das Kosten/Nutzen-Verhältnis soll valide abgeschätzt und veröffentlicht werden. Sensible gesundheitsbezogene Patientendaten sollen nicht auf externen Servern gespeichert werden. Dafür sind mobile Speichermedien, die in Patientenhand verbleiben, ergebnisoffen zu erproben. Schließlich soll sichergestellt werden, dass die digitalen Kommunikationslösungen nicht durch Anbieter kommerzieller Mehrwertanwendungen genutzt werden.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/3574 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE.**

**Zu Buchstabe c**

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen Vertreter der Patienten eine Mitberatungs- und Mitgestaltungsmöglichkeit in der gematik, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte, erhalten, um so eine höhere Patienten- bzw. Nutzerorientierung zu gewährleisten. Die Entwicklung von für Patienten gedachten Anwendungen und Funktionalitäten der Telematik zur Wahrnehmung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sollen bei höchstmöglicher Datensicherheit schnell vorangetrieben werden. Ebenso sollen andere Gesundheitsberufe in die Telematikinfrastruktur einbezogen werden. Zudem soll sichergestellt werden, dass die hohen Datenschutzbestimmungen eingehalten und bei der Einschaltung externer Dienstleister der Vertraulichkeitsschutz und die Schweigepflicht eingehalten werden.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/6068 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.**

## C. Alternativen

**Zu Buchstabe a**

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5293.

**Zu Buchstabe b**

Annahme des Antrages auf Drucksache 18/3574.

**Zu Buchstabe c**

Annahme des Antrages auf Drucksache 18/6068.

## D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

**Zu Buchstabe a**

1) Bund

Keine.

2) Länder und Gemeinden

Keine.

3) Gesetzliche Krankenversicherung

Der ärztliche Aufwand zur Erstellung, Aktualisierung und Aushändigung eines papiergebundenen Medikationsplans hat zusätzliche Ausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe zur Folge. Die Höhe der Mehrausgaben pro Jahr ist insbesondere abhängig von dem Umfang, in dem der Medikationsplan von den Beteiligten genutzt wird und von der Ausgestaltung der zu vereinbarenden Vergütung.

Die finanziellen Auswirkungen der Ermöglichung telemedizinisch-konsiliarischer Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen hängen von der konkreten Umsetzung und Bewertung in der Vereinbarung über sichere technische Verfahren und vom Bewertungsausschuss ab. Mögliche Mehrausgaben durch Investitionen in die technische Umsetzung für die gesetzliche Krankenversicherung sind nicht quantifizierbar.

Die Regelung zur Anpassung des EBM zur Vergütung der mit der Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Notfalldatensatzes verbundenen ärztlichen Dokumentationsleistung hat zusätzliche Ausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe zur Folge. Die Höhe der Mehrausgaben pro Jahr ist insbesondere abhängig von dem Umfang, in dem der elektronische Notfalldatensatz von den Beteiligten genutzt wird und von der Ausgestaltung der zu vereinbarenden Vergütung.

Die zusätzliche Möglichkeit, regionale Zuschläge für förderungswürdige vertragsärztliche und telemedizinisch erbringbare Leistungen zur Verbesserung der Versorgung zu zahlen (§ 87a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), hat zusätzliche Ausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe zur Folge. Die Höhe der Mehrausgaben ist insbesondere abhängig von der Zahl und der Ausgestaltung der noch zu vereinbarenden Zuschläge.

Die vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 geltende Anreizregelung zur Erstellung von elektronischen Entlassbriefen in Krankenhäusern und ihre Nutzung in der vertragsärztlichen Versorgung können zu geschätzten maximalen Mehrausgaben von rund 31 Millionen Euro jährlich führen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Krankenhäuser und Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung den elektronischen Entlassbrief in diesen zwei Jahren nutzen. Dadurch verringern sich die Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entsprechend.

Hinsichtlich der Regelung zur Übermittlung elektronischer Briefe sind keine zusätzlichen finanziellen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung zu erwarten.

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind weitere Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen sind diese oft schwer quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnte die Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesetz insgesamt bei voller Wirksamkeit im Jahr

2016 einen unteren zweistelligen Millionenbetrag, im Jahr 2017 einen hohen zweistelligen bis unteren dreistelligen Millionenbetrag und ab dem Jahr 2018 einen unteren dreistelligen Millionenbetrag betragen.

Valide Aussagen, in welchem Umfang bei den genannten Maßnahmen Einsparungen zu erwarten sind, lassen sich nicht treffen. Es handelt sich aber um Investitionen in eine Infrastruktur, die eine schnelle, sektorübergreifende und vor allem sichere Kommunikation im Gesundheitswesen unterstützen und damit die Voraussetzungen für mehr Qualität in der Patientenversorgung schaffen sollen.

**Zu den Buchstaben b und c**

Haushaltsangaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

## E. Erfüllungsaufwand

### E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

**Zu Buchstabe a**

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch das Gesetz kein Erfüllungsaufwand.

**Zu den Buchstaben b und c**

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

### E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

**Zu Buchstabe a**

Für die Selbstverwaltungspartner entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt 359 000 Euro im Wesentlichen für Festlegungen zum elektronischen Datenaustausch und für die Abrechnung elektronischer Anwendungen sowie zur Anpassung des EBM.

**Zu den Buchstaben b und c**

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

### E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

**Zu Buchstabe a**

Für die Gesellschaft für Telematik entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2,45 Millionen Euro für die Entwicklung der neuen Anwendung Medikationsplan, für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Öffnung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen über diejenigen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus, für die Festlegung sicherer Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente sowie für die Errichtung des Interoperabilitätsverzeichnisses. Dazu kommt ein laufender Erfüllungsaufwand im Wesentlichen für die Wahrnehmung von Aufgaben auf EU-Ebene und den Betrieb des Interoperabilitätsverzeichnisses in Höhe von rund 800 000 Euro jährlich. Die Kosten der Gesellschaft für Telematik werden von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik entsteht für die Erfüllung der im Gesetz vorgesehenen Aufgaben ein zusätzlicher Aufwand von vier Planstellen/Stellen mit Personalkosten in Höhe von jährlich rund 321 000 Euro, die im Einzelplan des Bundesministeriums des Innern erwirtschaftet werden sollen.

**Zu den Buchstaben b und c**

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

## F. Weitere Kosten

**Zu Buchstabe a**

Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch das Gesetz nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

**Zu den Buchstaben b und c**

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

**Beschlussempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5293, 18/6012 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,

b) den Antrag auf Drucksache 18/3574 abzulehnen,

c) den Antrag auf Drucksache 18/6068 abzulehnen.

Berlin, den 2. Dezember 2015

**Der Ausschuss für Gesundheit**

**Dr. Edgar Franke**
Vorsitzender

**Dr. Katja Leikert**
Berichterstatterin

**Dirk Heidenblut**
Berichterstatter

**Kathrin Vogler**
Berichterstatterin

**Maria Klein-Schmeink**
Berichterstatterin

## Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen
– Drucksachen 18/5293, 18/6012 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
| --- | --- |
| **Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen**[*)] | **Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze**[*)] |
| Vom ... | Vom ... |
| Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen: | Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen: |
| **Artikel 1** | **Artikel 1** |
| **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** | **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** |
| Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel *2* des Gesetzes vom *15. April* 2015 (BGBl. I. S. *583*) geändert worden ist, wird wie folgt geändert: | Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel **11** des Gesetzes vom **20. Oktober** 2015 (BGBl. I S. **1722**) geändert worden ist, wird wie folgt geändert: |
| | **0. Dem § 5 Absatz 5a werden die folgenden Sätze angefügt:** |
| | **„Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versiche-rungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.“** |

[*)] Notifiziert gemäß der Richtlinie 98/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Juni 1998 über ein Informationsverfahren auf dem Gebiet der Normen und technischen Vorschriften und der Vorschriften für die Dienste der Informationsgesellschaft (ABl. L 204 vom 21.7.1998, S. 37), zuletzt geändert durch Artikel 26 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 1025/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 (ABl. L 316 vom 14.11.2012, S. 12).

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| 1. § 15 wird wie folgt geändert: | 1. § 15 wird wie folgt geändert: |
| a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: | a) u n v e r ä n d e r t |
| „§ 15 | |
| Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte“. | |
| b) *In* Absatz 2 wird *das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt und werden die Wörter „oder, soweit sie noch nicht eingeführt ist, einen Krankenschein“ gestrichen.* | b) Absatz 2 wird **wie folgt gefasst:** |
| | **„(2) Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen.“** |
| c) In Absatz 5 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt und werden die Wörter „Kranken- oder“ gestrichen. | c) u n v e r ä n d e r t |
| d) Absatz 6 wird wie folgt geändert: | d) Absatz 6 wird wie folgt geändert: |
| aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt. | aa) u n v e r ä n d e r t |
| bb) In Satz 3 werden die Wörter „zu vertretenden Umständen“ durch die Wörter „verschuldeten Gründen“ ersetzt. | bb) In Satz 3 werden die Wörter „zu vertretenden Umständen“ durch die Wörter „verschuldeten Gründen“ **und die Wörter „wird eine Gebühr von 5 Euro erhoben“ durch die Wörter „kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden“** ersetzt. |
| cc) Nach Satz 3 *wird folgender Satz* eingefügt: | cc) Nach Satz 3 **werden die folgenden Sätze** eingefügt: |
| „Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum | „Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird.“ | Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird. **Die wiederholte Ausstellung einer Bescheinigung nach Satz 4 kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mitwirkt; hierauf ist der Versicherte bei der erstmaligen Ausstellung einer Ersatzbescheinigung hinzuweisen.**“ |
| dd) In dem neuen Satz *5* wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt. | dd) In dem neuen Satz **6** wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt. |
| | **1a. § 20i Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:** |
| | **„Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt oder im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben ist oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.“** |
| 2. Nach § 31 wird folgender § 31a eingefügt: | 2. Nach § 31 wird folgender § 31a eingefügt: |
| „§ 31a | „§ 31a |
| Medikationsplan | Medikationsplan |
| (1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. | (1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. **Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Versicherten, der einen Anspruch nach Satz 1 hat, über diesen Anspruch zu informieren.** |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| (2) In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren | (2) u n v e r ä n d e r t |
| 1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind, | |
| 2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie | |
| 3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind. | |
| Den besonderen Belangen der blinden und sehbehinderten Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen. | |
| (3) Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. | (3) Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. **Auf Wunsch des Versicherten hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen. Ab dem 1. Januar 2019 besteht der Anspruch auf Aktualisierung über den Anspruch nach Satz 1 hinaus gegenüber jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sowie nach Satz 2 gegenüber der abgebenden Apotheke, wenn der Versicherte gegenüber dem Arzt oder der abgebenden Apotheke den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 erlaubt. Die Aktualisierungen nach Satz 3 sind mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht.** |
| (4) Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zu- | (4) u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| stande, ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den in den Sätzen 1 und 2 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner innerhalb von zwei Wochen. Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Satz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. | |
| (5) Für die elektronische Verarbeitung und Nutzung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den *informationstechnischen Systemen* der *vertragsärztlichen Versorgung* einheitlich abgebildet werden können. Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“ | (5) Für die elektronische Verarbeitung und Nutzung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 **erstmals bis zum 30. April 2017** so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den **von Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und in den elektronischen Programmen** der **Apotheken** einheitlich abgebildet **und zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit genutzt** werden können. Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. **Kommt die erstmalige Fortschreibung nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, gilt Absatz 4 Satz 3 bis 8 entsprechend.** |
| | **(6) Von den Regelungen dieser Vorschrift bleiben regionale Modellvorhaben nach § 63 unberührt.“** |
| 3. § 63 Absatz 3a Satz 5 wird aufgehoben. | 3. u n v e r ä n d e r t |
| | **3a. In § 67 Absatz 1 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter „und mit den Krankenkassen“ eingefügt und werden die Wörter „und Behandlungsberichten“ durch** |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| | **ein Komma und die Wörter „Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren“ ersetzt.** |
| 4. *In* § 73 Absatz 8 Satz 7 wird *das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 130a Abs. 8“ die Wörter „sowie die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 zum jeweils aktuellen Stand“ eingefügt.* | 4. § 73 Absatz 8 Satz 7 wird **wie folgt gefasst:** |
| | **„Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die mindestens folgende Inhalte zum jeweils aktuellen Stand enthalten:** |
| | **1. die Informationen nach den Sätzen 2 und 3,** |
| | **2. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8,** |
| | **3. die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 sowie** |
| | **4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen** |
| | **und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“** |
| 5. § 87 wird wie folgt geändert: | 5. § 87 wird wie folgt geändert: |
| a) Absatz 1 Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: | a) u n v e r ä n d e r t |
| „Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2016 vorzulegen.“ | |
| b) Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt: | b) Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt: |
| „Das Bundesministerium für Gesundheit kann für den Fall, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die | „Das Bundesministerium für Gesundheit kann für den Fall, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
| --- | --- |
| Vertragspartner anrufen; Absatz 6 gilt. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren beginnend zum 31. Oktober 2016 einen Bericht über den Stand der Beratungen nach Satz *8* vor, in dem der Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. Juni 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen telemedizinisch erbracht werden können. Auf *der* Grundlage dieser Prüfung beschließt er bis zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § *291i*. Sofern der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § *291i* die erforderlichen Beschlüsse nicht getroffen hat, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden.“ | Vertragspartner anrufen; Absatz 6 gilt. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren beginnend zum 31. Oktober 2016 einen Bericht über den Stand der Beratungen nach Satz **7** vor, in dem der Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. Juni 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen **und bis zum 30. September 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien Videosprechstunden** telemedizinisch erbracht werden können. Auf der Grundlage dieser Prüfung beschließt er bis zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 **für konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und bis zum 31. März 2017 mit Wirkung zum 1. Juli 2017 für Videosprechstunden** entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § **291g**. Sofern der Bewertungsausschuss **für konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen** bis zum 31. Dezember 2016 **und für Videosprechstunden bis zum 31. März 2017** auf der Grundlage der Vereinbarung nach § **291g** die erforderlichen Beschlüsse nicht getroffen hat, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden.“ |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| *c) In Absatz 2b Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.* | **c) entfällt** |
| *d) In Absatz 2c Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.* | **d) entfällt** |
| 6. Dem § 87a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: | 6. u n v e r ä n d e r t |
| „Besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 3 können auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.“ | |
| | **6a. In § 89 Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Frist“ die Wörter „oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrags gesetzlich vorgesehenen Frist“ eingefügt.** |
| | **6b. In § 129 Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „und 5“ durch die Angabe „bis 6“ ersetzt.** |
| | **6c. § 130b wird wie folgt geändert:** |
| | **a) In Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.** |
| | **b) In Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „und 5“ durch die Angabe „bis 6“ ersetzt.** |
| | **c) Absatz 9 wird wie folgt geändert:** |
| | **aa) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:** |
| | **„Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 fest. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 5 entsprechend. Eine Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“** |
| | **bb) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.** |
| | **6d. § 132a wird wie folgt geändert:** |
| | **a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:** |
| | **aa) In Satz 4 Nummer 6 werden nach dem Wort „Strukturen“ die Wörter** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **„ein-schließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ eingefügt.** |
| | **bb) In Satz 5 werden die Wörter „1. Juli 2013 abzugeben“ durch die Wörter „… [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel X] abzugeben oder anzupassen“ ersetzt.** |
| | **b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:** |
| | **aa) Satz 6 wird wie folgt gefasst:** |
| | **„Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.“** |
| | **bb) In Satz 7 werden nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen“ eingefügt.** |
| | **6e. Dem § 140f Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:** |
| | **„Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.“** |
| 7. § 264 wird wie folgt geändert: | 7. u n v e r ä n d e r t |
| a) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst: | |
| „Sie erhalten eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291.“ | |
| b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt. | |
| 8. § 267 Absatz 5 wird wie folgt geändert: | 8. u n v e r ä n d e r t |
| a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt. | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| b) In Satz 2 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt. | |
| 9. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach dem Wort „Berechtigungsscheines“ das Komma und werden die Wörter „der Krankenversichertenkarte“ gestrichen. | 9. u n v e r ä n d e r t |
| 10. § 291 wird wie folgt geändert: | 10. § 291 wird wie folgt geändert: |
| a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: | a) u n v e r ä n d e r t |
| „§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis“. | |
| b) Absatz 1 wird wie folgt geändert: | b) u n v e r ä n d e r t |
| aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst: | |
| „Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus.“ | |
| bb) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt: | |
| „Sie dient dem Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern. Neben der Verwendung nach Satz 2 hat die elektronische Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Absatz 2 und 3 zu gewährleisten. Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Versicherten zu unterschreiben.“ | |
| c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst: | c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst: |
| „(2) Die elektronische Gesundheitskarte enthält vorbehaltlich § 291a folgende Angaben: | „(2) Die elektronische Gesundheitskarte enthält vorbehaltlich des § 291a folgende Angaben: |
| 1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat, | 1. u n v e r ä n d e r t |
| 2. den Familiennamen und Vornamen des Versicherten, | 2. u n v e r ä n d e r t |
| 3. das Geburtsdatum des Versicherten, | 3. u n v e r ä n d e r t |
| 4. das Geschlecht des Versicherten, | 4. u n v e r ä n d e r t |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| 5. die Anschrift des Versicherten, | 5. u n v e r ä n d e r t |
| 6. die Krankenversichertennummer des Versicherten, | 6. u n v e r ä n d e r t |
| 7. den Versichertenstatus, | 7. den Versichertenstatus, **für die Personengruppen nach § 264 Absatz 2 den Status der auftragsweisen Betreuung,** |
| 8. den Zuzahlungsstatus des Versicherten, | 8. u n v e r ä n d e r t |
| 9. den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes, | 9. u n v e r ä n d e r t |
| 10. bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs. | 10. u n v e r ä n d e r t |
| Über die Angaben nach Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahltarifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen und in den Fällen des § 16 Absatz 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. Die Angaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Die elektronische Gesundheitskarte ist mit einem Lichtbild des Versicherten zu versehen. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild.“ | Über die Angaben nach Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahltarifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen und in den Fällen des § 16 Absatz **1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz** 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. Die Angaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungsunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Die elektronische Gesundheitskarte ist mit einem Lichtbild des Versicherten zu versehen. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild.“ |
| d) Absatz 2a Satz 1 bis 3 wird aufgehoben. | d) u n v e r ä n d e r t |
| e) Absatz 2b wird wie folgt geändert: | e) Absatz 2b wird wie folgt geändert: |
| aa) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt: | aa) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt: |
| „Die hierfür erforderlichen Maßnahmen hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2016 durchzuführen. Hält die Gesellschaft für Telematik die Frist nach Satz 6 nicht ein, dürfen die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab 2017 die Ausgaben des | „Die hierfür erforderlichen Maßnahmen hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2016 durchzuführen. Hält die Gesellschaft für Telematik die Frist nach Satz 6 nicht ein, dürfen die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab 2017 die Ausgaben des |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent so lange nicht überschreiten, bis die Maßnahmen nach Satz 1 durchgeführt worden sind. Die Ausgaben zur Finanzierung der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik *sowie* die Umlagen nach den §§ 65b und 303a Absatz 3 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 6 der Datentransparenzverordnung zählen nicht zu den Ausgaben nach Satz 7. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern.“ | Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent so lange nicht überschreiten, bis die Maßnahmen nach Satz 1 durchgeführt worden sind. Die Ausgaben zur Finanzierung der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik**,** die Umlagen nach den §§ 65b und 303a Absatz 3 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 6 der Datentransparenzverordnung**, die Umlagen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a sowie der Sicherstellungszuschlag für Hebammen nach § 134a Absatz 1b** zählen nicht zu den Ausgaben nach Satz 7. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern.“ |
| bb) Die folgenden Sätze werden angefügt: | bb) u n v e r ä n d e r t |
| „Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 3 ab dem 1. Juli 2018 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 3 durchführen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 14 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.“ | |
| f) Absatz 3 wird wie folgt gefasst: | f) u n v e r ä n d e r t |
| „(3) Das Nähere zur bundesweiten Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Absatz 1.“ | |
| g) Absatz 4 wird wie folgt geändert: | g) Absatz 4 wird wie folgt geändert: |
| aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt. | aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt **und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder zu sperren, sobald die Dienste nach Absatz 2b zur Verfügung stehen“ eingefügt**. |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 2 Nr. 1, 6, 7, 9 und 10“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 6, 7, 9 und 10“ ersetzt. | bb) u n v e r ä n d e r t |
| cc) In Satz 4 werden nach dem Wort „ist“ die Wörter „der oder“ eingefügt. | cc) u n v e r ä n d e r t |
| 11. § 291a wird wie folgt geändert: | 11. § 291a wird wie folgt geändert: |
| a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: | a) u n v e r ä n d e r t |
| „§ 291a | |
| Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur“. | |
| b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst: | b) u n v e r ä n d e r t |
| „(1) Die elektronische Gesundheitskarte dient mit den in den Absätzen 2 und 3 genannten Anwendungen der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung.“ | |
| c) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „hat die Angaben nach § 291 Abs. 2 zu enthalten und“ gestrichen. | c) u n v e r ä n d e r t |
| d) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst: | d) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst: |
| „3. Daten | „3. Daten **des Medikationsplans nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,“.** |
| *a) zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,* | **a) entfällt** |
| *b) des Medikationsplans nach § 31a Absatz 2,“.* | **b) entfällt** |
| e) In Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe e werden die Wörter „in Notfällen“ durch ein Komma und die Wörter „beschränkt auf den lesenden Zugriff,“ ersetzt. | e) u n v e r ä n d e r t |
| f) Absatz 5 wird wie folgt geändert: | f) Absatz 5 wird wie folgt geändert: |
| aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „der Zugriff“ die Wörter „vorbehaltlich Satz 4“ eingefügt. | aa) u n v e r ä n d e r t |
| bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt: | bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt: |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| „Soweit es zur Notfallversorgung erforderlich ist, ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 ohne eine Autorisierung der Versicherten zulässig; ansonsten ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zulässig, soweit er zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist und wenn nachprüfbar protokolliert wird, dass der Zugriff mit Einverständnis der Versicherten erfolgt. Bei Daten *des Medikationsplans* nach *§ 31a* Absatz *2* können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung nach Satz 2 verzichten.“ | „Soweit es zur Notfallversorgung erforderlich ist, ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 ohne eine Autorisierung der Versicherten zulässig; ansonsten ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zulässig, soweit er zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist und wenn nachprüfbar protokolliert wird, dass der Zugriff mit Einverständnis der Versicherten erfolgt. Bei Daten nach Absatz **3 Satz 1 Nummer 3** können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung nach Satz 2 verzichten.“ |
| cc) In dem neuen Satz 5 werden nach dem Wort „verfügen“ das Semikolon und die Wörter „im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 5 können die Versicherten auch mittels einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen“ gestrichen. | cc) u n v e r ä n d e r t |
| dd) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „von den Sätzen 3 und 4“ durch die Wörter „von den Sätzen 5 und 6“ ersetzt. | dd) u n v e r ä n d e r t |
| ee) *Folgender Satz wird* angefügt: | ee) **Die folgenden Sätze werden** angefügt: |
| „Abweichend von Satz 5 können die Versicherten auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 auch zugreifen, wenn sie sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren.“ | „Abweichend von Satz 5 können die Versicherten auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 auch zugreifen, wenn sie sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren. **Auf Wunsch des Versicherten haben Zugriffsberechtigte nach Absatz 4 bei Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 3 Satz 1 sowie der Daten nach § 291f diese dem Versicherten als Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 zur Verfügung zu stellen; die Zugriffsberechtigten haben die Versicherten über diese Möglichkeit zu informieren.**“ |
| g) In Absatz 5a Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „Absatz 5 Satz 1 und 4“ durch die Wörter „Absatz 5 Satz 1 und 6“ ersetzt. | g) u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **g1) Nach Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:** |
| | **„(5c) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten über den Patienten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können. Die technischen und organisatorischen Verfahren hierfür müssen geeignet sein, Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen. Sie sollen geeignet sein, weitere medizinische Daten des Versicherten verfügbar zu machen.“** |
| | **g2) Der bisherige Absatz 5c wird Absatz 5d.** |
| | **g3) Nach Absatz 5d Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:** |
| | **„Die nach Satz 1 Nummer 2 oder nach Satz 2 jeweils zuständige Stelle hat der nach Satz 1 Nummer 1 zuständigen Stelle die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise erforderlichen Daten auf Anforderung zu übermitteln.“** |
| h) Absatz 7 wird wie folgt geändert: | h) u n v e r ä n d e r t |
| aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst: | |
| „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur).“ | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: | |
| „Über Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus kann die Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens sowie für die Gesundheitsforschung verwendet werden, wenn | |
| 1. die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht beeinträchtigt werden, | |
| 2. im Falle des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die erforderlichen technischen Maßnahmen getroffen werden, um die Anforderungen an die Sicherheit der Anwendung im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit der Daten zu gewährleisten, und | |
| 3. bei den dafür erforderlichen technischen Systemen und Verfahren Barrierefreiheit für den Versicherten gewährleistet ist.“ | |
| cc) In dem neuen Satz 6 werden die Wörter „für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008“ sowie die Wörter „einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und ab dem Jahr 2009“ gestrichen. | |
| dd) In dem neuen Satz 8 werden die Wörter „Sätze 4 und 5“ durch die Wörter „Sätze 5 und 6“ ersetzt. | |
| i) Absatz 7a wird wie folgt geändert: | i) u n v e r ä n d e r t |
| aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2“ ersetzt. | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| bb) In Satz 6 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt. | |
| j) Absatz 7b wird wie folgt geändert: | j) Absatz 7b wird wie folgt geändert: |
| aa) In den Sätzen 1 und 2 werden jeweils die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt. | aa) u n v e r ä n d e r t |
| bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: | bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: |
| „Bis zum 30. September 2017 vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 2 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und für die Nutzung von Daten *des Medikationsplans* nach *§ 31a* Absatz *2*.“ | „Bis zum 30. September 2017 vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 2 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und für die Nutzung von Daten nach Absatz **3 Satz 1 Nummer 3**.“ |
| cc) *In dem* neuen Satz 4 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt. | cc) **Im** neuen Satz 4 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt **und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die nutzungsbezogenen Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 sind bis zum 30. September 2017 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 zu vereinbaren“ eingefügt**. |
| dd) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst: | dd) u n v e r ä n d e r t |
| „Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“ | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| ee) *In dem neuen* Satz 6 wird *die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.* | ee) **Der neue** Satz 6 wird **wie folgt gefasst:** |
| | **„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 erster Halbsatz nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 zweiter Halbsatz nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“** |
| ff) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 und 5“ durch die Wörter „Sätze 5 und 6“ ersetzt. | ff) u n v e r ä n d e r t |
| k) In Absatz 7d Satz 1 werden jeweils die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 1“ und werden die Wörter „Absatz 7b Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 7b Satz 2 bis 4“ ersetzt. | k) u n v e r ä n d e r t |
| l) Absatz 7e wird wie folgt geändert: | l) u n v e r ä n d e r t |
| aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 2“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 2“ und werden die Wörter „Absatz 7b Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 7b Satz 2 bis 4“ ersetzt. | |
| bb) In Satz 7 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 2“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 2“ ersetzt. | |
| 12. § 291b wird wie folgt geändert: | 12. § 291b wird wie folgt geändert: |
| a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst: | a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst: |
| „(1) Im Rahmen der Aufgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 2 hat die Gesellschaft für Telematik | „(1) Im Rahmen der Aufgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 2 hat die Gesellschaft für Telematik |
| 1. die funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts zu erstellen, | 1. u n v e r ä n d e r t |
| 2. Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen, | 2. u n v e r ä n d e r t |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| 3. Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur zu erstellen und ihre Umsetzung zu überwachen, | 3. u n v e r ä n d e r t |
| 4. die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen und | 4. u n v e r ä n d e r t |
| 5. Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren festzulegen zur Verwaltung | 5. Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren festzulegen zur Verwaltung |
| a) der in § 291a Absatz 4 und 5a geregelten Zugriffsberechtigungen und | a) u n v e r ä n d e r t |
| b) der Steuerung der Zugriffe auf Daten nach § 291a Absatz 2 und 3. | b) u n v e r ä n d e r t |
| Bei der Gestaltung der Verfahren nach Satz 1 Nummer 5 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik, dass die Telematikinfrastruktur schrittweise ausgebaut wird und die Zugriffsberechtigungen künftig auf weitere Leistungserbringergruppen ausgedehnt werden können. Soweit bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. Die Gesellschaft für Telematik hat die Interessen von Patienten zu wahren und die Einhaltung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten sowie zur Barrierefreiheit sicherzustellen. Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Mit Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik können einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt werden; hierbei sind durch die Gesellschaft für Telematik Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahr, soweit die Telematikinfrastruktur berührt ist oder künftig berührt werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihr dabei Weisungen erteilen. Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durch- | Bei der Gestaltung der Verfahren nach Satz 1 Nummer 5 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik, dass die Telematikinfrastruktur schrittweise ausgebaut wird und die Zugriffsberechtigungen künftig auf weitere Leistungserbringergruppen ausgedehnt werden können. Soweit bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. Die Gesellschaft für Telematik hat die Interessen von Patienten zu wahren und die Einhaltung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten sowie zur Barrierefreiheit sicherzustellen. Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Mit Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik können einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt werden; hierbei sind durch die Gesellschaft für Telematik Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahr, soweit die Telematikinfrastruktur berührt ist oder künftig berührt werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihr dabei Weisungen erteilen. Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durch- |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| zuführen, die erforderlich sind, damit zugriffsberechtigte Ärzte auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugreifen können. § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Ausgaben ab dem Jahr 2018 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent nicht überschreiten dürfen.“ | zuführen, die erforderlich sind, damit zugriffsberechtigte Ärzte auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugreifen können. **Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 genutzt werden können.** § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 gilt **für die Fristen nach den Sätzen 9 und 10 jeweils** mit der Maßgabe entsprechend, dass die Ausgaben ab dem Jahr 2018 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent nicht überschreiten dürfen. **Bis zum 31. Dezember 2018 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 Versicherte selbst Daten zur Verfügung stellen oder Daten für sie zur Verfügung gestellt werden können. Bis zum 31. Dezember 2016 hat die Gesellschaft für Telematik zu prüfen, inwieweit mobile und stationäre Endgeräte der Versicherten zur Wahrnehmung ihrer Rechte, insbesondere der Zugriffsrechte gemäß § 291a Absatz 4 Satz 2, und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einbezogen werden können. Über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 13 legt die Gesellschaft für Telematik dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. März 2017 einen Bericht vor.**“ |
| b) Absatz 1a wird wie folgt geändert: | b) u n v e r ä n d e r t |
| aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: | |
| „Die Zulassung wird auf Antrag des Anbieters einer Komponente oder des Anbieters eines Dienstes erteilt, wenn die Komponente oder der Dienst funktionsfähig, interoperabel und sicher ist. Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden.“ | |
| bb) In dem neuen Satz 9 werden die Wörter „Satz 4 und 5“ durch die Wörter „den Sätzen 5, 6 und 12“ ersetzt. | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| cc) Die folgenden Sätze werden angefügt: | |
| „Die Gesellschaft für Telematik kann eine befristete Genehmigung zur Verwendung von nicht zugelassenen Komponenten und Diensten in der Telematikinfrastruktur erteilen, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Hinsichtlich der Sicherheit ist die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erteilen.“ | |
| c) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt: | c) u n v e r ä n d e r t |
| „(1b) Die Gesellschaft für Telematik hat eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 zu gewährleisten. Dabei sind elektronische Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen. Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen Voraussetzungen bis zum 30. Juni 2016 fest und veröffentlicht diese auf ihrer Internetseite. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen muss der Anbieter einer Anwendung gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Bestätigungsverfahren nachweisen. Die Einzelheiten des Bestätigungsverfahrens sowie die dazu erforderlichen Prüfkriterien legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 30. September 2016 fest und veröffentlicht sie auf ihrer Internetseite. Das Bestätigungsverfahren wird auf Antrag eines Anbieters einer Anwendung durchgeführt. Die Bestätigung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den erteilten Bestätigungen auf ihrer Internetseite. Für Leistungserbringer in | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die die Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 nutzen wollen und für die noch keine sicheren Authentisierungsverfahren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 festgelegt sind, legt die Gesellschaft für Telematik diese Verfahren in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik fest. Die nach diesem Absatz beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich jeweils mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“ | |
| d) Der bisherige Absatz 1b wird Absatz 1c und wie folgt geändert: | d) u n v e r ä n d e r t |
| aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst: | |
| „Zur Durchführung des operativen Betriebs der Telematikinfrastruktur vergibt die Gesellschaft für Telematik Aufträge oder erteilt in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren Zulassungen; sind nach Absatz 1 Satz 6 erster Halbsatz einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt worden, so sind die Beauftragten für die Vergabe und für die Erteilung der Zulassung zuständig.“ | |
| bb) In Satz 3 werden die Wörter „Bei der Vergabe dieser Aufträge“ durch die Wörter „Bei der Vergabe von Aufträgen“ ersetzt. | |
| cc) In Satz 4 werden die Wörter „gemäß § 3 Nr. 4 Buchstabe p“ durch die Wörter „gemäß § 3 Absatz 5 Buchstabe i“ ersetzt. | |
| dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst: | |
| „Bei Zulassungsverfahren nach Satz 2 haben Anbieter von operativen Betriebsleistungen einen Anspruch auf Zulassung, wenn | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| 1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste nach den Absätzen 1a und 1e zugelassen sind, | |
| 2. der Anbieter den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet sind, und | |
| 3. der Anbieter sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.“ | |
| ee) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt: | |
| „Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden.“ | |
| e) Der bisherige Absatz 1c wird Absatz 1d und wie folgt gefasst: | e) u n v e r ä n d e r t |
| „(1d) Die Gesellschaft für Telematik kann für die Zulassungen und Bestätigungen der Absätze 1a bis 1c und 1e Gebühren und Auslagen erheben. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass sie den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen. Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3, die nicht in diesem Buch oder im Elften Buch Sozialgesetzbuch geregelt sind, kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“ | |
| f) Nach Absatz 1d wird folgender Absatz 1e eingefügt: | f) u n v e r ä n d e r t |
| „(1e) Die Gesellschaft für Telematik legt bis zum 31. Dezember 2016 sichere Ver- | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| fahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf ihrer Internetseite. Die Erfüllung dieser Festlegungen muss der Anbieter eines Dienstes für ein Übermittlungsverfahren gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Zulassungsverfahren nachweisen. Für das Zulassungsverfahren gilt Absatz 1a. Die für das Zulassungsverfahren erforderlichen Festlegungen sind bis zum 31. März 2017 zu treffen und auf der Internetseite der Gesellschaft für Telematik zu veröffentlichen. Die nach diesem Absatz bei dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“ | |
| g) Absatz 2 Nummer 4 wird aufgehoben. | g) u n v e r ä n d e r t |
| h) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: | h) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: |
| „(2a) Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Belangen berät. Er kann Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik zur Befassung vorlegen und ist vor der Beschlussfassung zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu hören. Zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung gehören insbesondere: | „(2a) Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Belangen berät. Er kann Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik zur Befassung vorlegen und ist vor der Beschlussfassung zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu hören. Zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung gehören insbesondere: |
| 1. Fachkonzepte zu Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, | 1. u n v e r ä n d e r t |
| 2. Planungen und Konzepte für Erprobung und Betrieb der Telematikinfrastruktur sowie | 2. u n v e r ä n d e r t |
| 3. Konzepte zur Evaluation von Erprobungsphasen und Anwendungen. | 3. u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| Hierzu sind dem Beirat die entsprechenden Informationen in verständlicher Form so rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, dass er sich mit ihnen inhaltlich befassen kann. Die Gesellschaft für Telematik hat sich mit den Stellungnahmen des Beirats zu befassen und dem Beirat mitzuteilen, inwieweit sie die Empfehlungen des Beirats berücksichtigt. Der Vorsitzende des Beirats kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen. Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden. Die Mitglieder des Beirats werden von der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen; die Vertreter der Länder werden von den Ländern benannt. Die Gesellschafter, der Geschäftsführer der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.“ | Hierzu sind dem Beirat die entsprechenden Informationen in verständlicher Form so rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, dass er sich mit ihnen inhaltlich befassen kann. Die Gesellschaft für Telematik hat sich mit den Stellungnahmen des Beirats zu befassen und dem Beirat mitzuteilen, inwieweit sie die Empfehlungen des Beirats berücksichtigt. Der Vorsitzende des Beirats kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen. Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen**, einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation** sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden. Die Mitglieder des Beirats werden von der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen; die Vertreter der Länder werden von den Ländern benannt. Die Gesellschafter, der Geschäftsführer der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.“ |
| i) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 291a Abs. 7 Satz 5 bis 7“ durch die Wörter „§ 291a Absatz 7 Satz 6 bis 8“ ersetzt. | i) u n v e r ä n d e r t |
| j) Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst: | j) u n v e r ä n d e r t |
| „Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Beschlüsse im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festlegen oder die Schlichtungsstelle nach § 291c anrufen.“ | |
| k) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 7 ersetzt: | k) u n v e r ä n d e r t |
| „(6) Soweit von Komponenten und Diensten eine Gefahr für die Funktionsfähigkeit oder Sicherheit der Telematikinfrastruktur ausgeht, ist die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik befugt, die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Abwehr dieser Gefahr zu treffen. Betreiber von nach den Absätzen 1a und 1e zugelassenen Diensten und Betreiber von Diensten für nach Absatz 1b bestätigte Anwendungen haben erhebliche Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit dieser Dienste unverzüglich an die Gesellschaft für Telematik zu melden. Erheblich sind Störungen, die zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der in Satz 2 genannten Dienste oder zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben. Die Gesellschaft für Telematik hat die ihr nach Satz 2 gemeldeten Störungen sowie darüber hinausgehende bedeutende Störungen, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben, unverzüglich an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu melden. Die Gesellschaft für Telematik kann zur Gefahrenabwehr im Einzelfall insbesondere Komponenten und Dienste für den Zugang zur Telematikinfrastruktur sperren oder den weiteren Zugang zur Telematikinfrastruktur nur unter der Bedingung gestatten, dass die von der Gesellschaft für Telematik angeordneten Maßnahmen zur Beseitigung der Gefahr umgesetzt werden. | |
| (7) Die Gesellschaft für Telematik kann für Komponenten und Dienste, die die Telematikinfrastruktur nutzen, aber außerhalb | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| der Telematikinfrastruktur betrieben werden, in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik solche Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs treffen, die erforderlich sind, um die Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Die Gesellschaft für Telematik legt hierzu fest, welche näheren Angaben ihr die Betreiber der Komponenten und Dienste offenzulegen haben, damit die Überwachung durchgeführt werden kann. Für die Erstattung der Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik gilt Absatz 1a Satz 9 und 10 entsprechend.“ | |
| 13. Nach § 291b werden die folgenden §§ 291c bis *291i* eingefügt: | 13. Nach § 291b werden die folgenden §§ 291c bis **291g** eingefügt: |
| „§ 291c | „§ 291c |
| Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik | u n v e r ä n d e r t |
| (1) Bei der Gesellschaft für Telematik ist eine Schlichtungsstelle einzurichten. | |
| (2) Die Schlichtungsstelle hat einen unparteiischen Vorsitzenden. Über den unparteiischen Vorsitzenden sollen sich die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik einigen. Kommt nach Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit keine Einigung zustande, benennt das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitzenden. | |
| (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen, die übrigen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik können einen gemeinsamen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen. Die Amtsdauer der Mitglieder der Schlichtungsstelle beträgt zwei Jahre. Wiederbenennung ist zulässig. | |
| (4) Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf. | |
| (5) Die Selbstverwaltungsorganisationen tragen die Kosten für die von ihnen benannten Vertreter jeweils selbst. Die Kosten für den unpar- | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| teiischen Vorsitzenden sowie die sonstigen Kosten der Schlichtungsstelle werden aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik finanziert. | |
| (6) Erhält ein Beschlussvorschlag zu den Regelungen, zum Aufbau und zum Betrieb der Telematikinfrastruktur nach § 291b Absatz 4 Satz 1 in der Gesellschafterversammlung oder in anderen Beschlussgremien der Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik nicht die für eine Beschlussfassung erforderliche Mehrheit, so wird ein Schlichtungsverfahren zu den Inhalten des Beschlussvorschlags eingeleitet, wenn mindestens 50 Prozent der Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik oder das Bundesministerium für Gesundheit ein solches beantragen. Bei Beschlussvorschlägen zu § 291 Absatz 2b Satz 6 und zu § 291b Absatz 1 Satz 9 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jede der in § 291 Absatz 2b Satz 7 genannten Organisationen das Schlichtungsverfahren einleiten kann. | |
| (7) Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik eine Gesellschafterversammlung einzuberufen. Die Schlichtungsstelle hat zur Gesellschafterversammlung einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Erhält bei der Gesellschafterversammlung kein Vorschlag die erforderliche Mehrheit, entscheidet die Schlichtungsstelle innerhalb von zwei Wochen nach der Gesellschafterversammlung. Jedes Mitglied der Schlichtungsstelle hat eine Stimme. Die Schlichtungsstelle entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag. | |
| (8) Die Gesellschaft für Telematik oder die von ihr beauftragten Organisationen sind verpflichtet, der Schlichtungsstelle nach deren Vorgaben unverzüglich zuzuarbeiten. Der unparteiische Vorsitzende kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen. | |
| (9) Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Entscheidung hat das Bundesministerium für Gesundheit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bun- | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| desministerium für Gesundheit kann die Entscheidung, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstößt, innerhalb von einem Monat beanstanden. Werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, so kann das Bundesministerium für Gesundheit anstelle der Schlichtungsstelle entscheiden. Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung seiner Entscheidung unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Die Entscheidungen nach den Sätzen 1 und 4 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie können nur durch eine alternative Entscheidung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik in gleicher Sache ersetzt werden. | |
| § 291d | § 291d |
| Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme | u n v e r ä n d e r t |
| (1) In informationstechnische Systeme, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in | |
| 1. der vertragsärztlichen Versorgung, | |
| 2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und | |
| 3. Krankenhäusern, | |
| sollen so bald wie möglich offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel integriert werden. | |
| (2) Für die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das Sys- | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| tem die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen. | |
| (3) Für die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen. | |
| (4) Für die in den Krankenhäusern eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen. | |
| (5) Die nach den Absätzen 2 bis 4 für die Festlegung zuständigen Organisationen stimmen sich mit dem Ziel ab, bei inhaltlichen Gemeinsamkeiten der Schnittstellen sektorübergreifende einheitliche Vorgaben zu treffen. | |
| (6) Die nach den Absätzen 2 bis 4 getroffenen Festlegungen sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. | |
| § 291e | § 291e |
| Interoperabilitätsverzeichnis | Interoperabilitätsverzeichnis |
| (1) Die Gesellschaft für Telematik *übernimmt den Aufbau, die Pflege und den Betrieb eines elektronischen Interoperabilitätsverzeichnisses* für technische und semantische Standards, | (1) Die Gesellschaft für Telematik **hat bis zum 30. Juni 2017 ein elektronisches Interoperabilitätsverzeichnis** für technische und semanti- |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen. Das Interoperabilitätsverzeichnis dient der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen. | sche Standards, Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen **aufzubauen und dieses Interoperabilitätsverzeichnis zu pflegen und zu betreiben**. Das Interoperabilitätsverzeichnis dient der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen. |
| (2) Das Interoperabilitätsverzeichnis ist für die Nutzung öffentlich zur Verfügung zu stellen. | (2) u n v e r ä n d e r t |
| (3) Die Gesellschaft für Telematik erstellt hinsichtlich des Interoperabilitätsverzeichnisses eine Geschäfts- und Verfahrensordnung. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sie ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzulegen. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung regelt das Nähere | (3) Die Gesellschaft für Telematik erstellt hinsichtlich des Interoperabilitätsverzeichnisses eine Geschäfts- und Verfahrensordnung. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sie ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzulegen. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung regelt das Nähere |
| 1. zum Aufbau, zur Pflege und zum Betrieb sowie zur Nutzung des Interoperabilitätsverzeichnisses, | 1. u n v e r ä n d e r t |
| 2. zur Benennung der Experten nach Absatz 5, | 2. zur Benennung der Experten **und zu deren Kostenerstattung** nach Absatz 5, |
| 3. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen nach den Absätzen 7 bis 9 in das Interoperabilitätsverzeichnis sowie | 3. u n v e r ä n d e r t |
| 4. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen in das Informationsportal nach Absatz 11. | 4. u n v e r ä n d e r t |
| (4) Für die Aufnahme von Informationen nach Absatz 8 in das Interoperabilitätsverzeichnis kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. | (4) u n v e r ä n d e r t |
| (5) Die Gesellschaft für Telematik benennt mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit Experten, die über Fachwissen im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Bereich der Informationstechnik und Standardisierung im Gesundheitswesen verfügen. Die Experten sind aus folgenden Gruppen auszuwählen: | (5) Die Gesellschaft für Telematik benennt mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit Experten, die über Fachwissen im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Bereich der Informationstechnik und Standardisierung im Gesundheitswesen verfügen. Die Experten sind aus folgenden Gruppen auszuwählen: |
| 1. Anwendern informationstechnischer Systeme, | 1. u n v e r ä n d e r t |
| 2. für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus | 2. u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, | |
| 3. Ländern, | 3. u n v e r ä n d e r t |
| 4. fachlich betroffenen Bundesbehörden, | 4. u n v e r ä n d e r t |
| 5. fachlich betroffenen Standardisierungs- und Normungsorganisationen sowie | 5. fachlich betroffenen **nationalen und internationalen** Standardisierungs- und Normungsorganisationen sowie |
| 6. Vertretern wissenschaftlicher Einrichtungen. | 6. u n v e r ä n d e r t |
| Die Experten können der Gesellschaft für Telematik für den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses Empfehlungen geben. Die Gesellschaft für Telematik erstattet den Experten die ihnen durch die Mitarbeit entstehenden Kosten. *Die Einzelheiten zur Kostenerstattung vereinbart die Gesellschaft für Telematik mit den Experten.* | Die Experten können der Gesellschaft für Telematik für den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses Empfehlungen geben. Die Gesellschaft für Telematik erstattet den Experten die ihnen durch die Mitarbeit entstehenden Kosten. |
| (6) Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über den Stand des Aufbaus, der Pflege und der Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu informieren. Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über elektronische Informationstechnologien zu beteiligen bei | (6) u n v e r ä n d e r t |
| 1. Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2, | |
| 2. Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 sowie | |
| 3. Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1. | |
| Hierzu hat die Gesellschaft für Telematik die Entwürfe der Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2, der Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 und der Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. Die Entwürfe sind mit dem Hinweis zu veröffentlichen, dass Stellungnahmen während der Veröffentlichung abgegeben werden können. Die eingegangenen Stellungnahmen hat die Gesellschaft für Telematik auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen und in die weitere Prüfung der Entwürfe einzubeziehen. | |
| (7) Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, die die Gesellschaft für Telematik zur Nutzung in Anwendungen nach den §§ 291 und 291a Absatz 2 und 3 festgelegt hat (Interoperabilitätsfestlegungen), sind frühestmög- | (7) u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| lich, jedoch spätestens dann in das Interoperabilitätsverzeichnis aufzunehmen, wenn sie für den flächendeckenden Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur freigegeben sind. Vor Festlegungen nach Satz 1, die die Gesellschaft für Telematik nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes trifft, hat sie den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. | |
| (8) Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, deren Aufnahme nicht nach dem in Absatz 7 geregelten Verfahren erfolgt, nimmt die Gesellschaft für Telematik auf Antrag in das Interoperabilitätsverzeichnis auf. Antragsberechtigt sind die Anwender der informationstechnischen Systeme und deren Interessenvertretungen, die Anbieter informationstechnischer Systeme, wissenschaftliche Einrichtungen sowie Standardisierungs- und Normungsorganisationen. Vor Aufnahme in das Interoperabilitätsverzeichnis bewertet die Gesellschaft für Telematik, inwieweit die technischen und semantischen Standards, Profile und Leitfäden den Interoperabilitätsfestlegungen nach Absatz 7 Satz 1 entsprechen. Vor ihrer Bewertung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen der Experten sowie die Bewertung der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. | (8) u n v e r ä n d e r t |
| (9) Die Gesellschaft für Telematik kann die Zusammenarbeit der Standardisierungs- und Normungsorganisationen unterstützen und im Interoperabilitätsverzeichnis enthaltene technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden | (9) u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| nach Absatz 8 als Referenz für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen empfehlen. Vor ihrer Empfehlung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 sowie bei Empfehlungen zur Datensicherheit und zum Datenschutz dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen und Vorschläge in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen und Vorschläge der Experten sowie die Empfehlungen der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. | |
| (10) Anbieter einer elektronischen Anwendung im Gesundheitswesen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 oder einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag nach Absatz 8 Satz 1 zu stellen. *Sie sollen die Empfehlungen nach Absatz 9 beachten.* | (10) **Elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen dürfen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nur ganz oder teilweise finanziert werden, wenn die Anbieter der elektronischen Anwendungen die Festlegungen nach Absatz 7 Satz 1 sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 beachten.** Anbieter einer elektronischen Anwendung im Gesundheitswesen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 oder einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag nach Absatz 8 Satz 1 zu stellen. |
| (11) Als Bestandteil des Interoperabilitätsverzeichnisses hat die Gesellschaft für Telematik ein Informationsportal aufzubauen. In das Informationsportal aufgenommen werden auf Antrag Informationen insbesondere über den Inhalt, den Verwendungszweck und die Finanzierung von elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen, insbesondere von telemedizinischen Anwendungen. Antragsberechtigt sind Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung. Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag zu stellen. Das Nähere zu den Inhalten des Informationsportals und zu den Mindestinhalten des Antrages nach Satz 2 legt die Gesellschaft für Telematik in der Geschäfts- und Verfahrensordnung nach Absatz 3 fest. | (11) u n v e r ä n d e r t |
| (12) Die Gesellschaft für Telematik legt dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Bericht vor. Das Bundesministerium für Gesundheit | (12) u n v e r ä n d e r t |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses. Außerdem enthält er eine Einschätzung zur Standardisierung im Gesundheitswesen sowie Empfehlungen zur Harmonisierung der Standards. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte für den Bericht bestimmen. Im Abstand von zwei Jahren ist ein neuer Bericht zu erstellen und vorzulegen. | |
| *§ 291f* | **§ 291f** |
| *Elektronischer Entlassbrief* | **entfällt** |
| *(1) Der Telematikzuschlag nach § 291a Absatz 7a Satz 1 erhöht sich vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 um einen Zuschlag von 1 Euro pro voll- und teilstationärem Behandlungsfall, wenn das Krankenhaus seinem Patienten oder mit seiner Einwilligung einem von ihm benannten Vertragsarzt oder einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung am Tag der Entlassung einen elektronischen Entlassbrief zum Zweck der Weiterverarbeitung und Nutzung in der Versorgung nach der Krankenhausbehandlung zur Verfügung stellt. Die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Patienten erfolgen. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.* | |
| *(2) Der elektronische Entlassbrief enthält mindestens folgende Angaben:* | |
| *1. Diagnosen,* | |
| *2. Befunde,* | |
| *3. Therapiemaßnahmen,* | |
| *4. die Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus,* | |
| *5. den Entlassungsgrund und* | |
| *6. empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen.* | |
| *(3) Der elektronische Entlassbrief ist durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend* | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| *dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe zu schützen.* | |
| *(4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen erhalten für die Entgegennahme des elektronischen Entlassbriefs vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 einen Zuschlag von 50 Cent nach § 291a Absatz 7b Satz 1. Das Nähere zur Abrechnung des Zuschlags vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 31. März 2016. Für die Vereinbarung nach Satz 2 gilt § 291a Absatz 7b Satz 5 entsprechend.* | |
| *(5) Die Abrechnung eines Zuschlags nach den Absätzen 1 und 4 ist zulässig, wenn für das verwendete informationstechnische System eine Bestätigung nach § 291g Absatz 4 oder Absatz 5 gegenüber der zuständigen Abrechnungsstelle nachgewiesen wird.* | |
| *§ 291g* | **§ 291g** |
| *Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen* | **entfällt** |
| *(1) Bis zum 31. März 2016 vereinbart die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen* | |
| *1. das Nähere über Inhalt und Struktur des elektronischen Entlassbriefs,* | |
| *2. Einzelheiten zu den Sicherheitsmaßnahmen und* | |
| *3. offene technische Schnittstellen für die Kommunikation zwischen den informationstechnischen Systemen der Krankenhäuser und den informationstechnischen Systemen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen.* | |
| *In der Vereinbarung ist festzulegen, dass für die Übermittlung des elektronischen Entlassbriefes zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen.* | |
| *(2) In der Vereinbarung können für besondere Fälle Ausnahmen vereinbart werden, in denen der Zuschlag nach § 291f Absatz 1 Satz 1* | |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| *auch abgerechnet werden kann, wenn der elektronische Entlassbrief abweichend von § 291f Absatz 1 Satz 1 bis zum dritten Tag nach der Entlassung zur Verfügung gestellt wird.* | |
| *(3) Die Vereinbarung ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Vereinbarung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Vereinbarung innerhalb von einem Monat beanstanden.* | |
| *(4) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestätigt auf Antrag eines Krankenhauses oder eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass sein System die in der Vereinbarung nach Absatz 1 enthaltenen Vorgaben erfüllt. Das Nähere zu dem Verfahren nach Satz 1 regelt die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Richtlinie.* | |
| *(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, dass sein System die in der Vereinbarung nach Absatz 1 enthaltenen Vorgaben erfüllt. Das Nähere zu dem Verfahren nach Satz 1 regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie.* | |
| *(6) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlichen jeweils eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.* | |
| *§ 291h* | **§ 291f** |
| Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung | Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung |
| (1) Der Zuschlag nach § 291a Absatz 7b Satz 1 erhöht sich *in den Jahren 2016 und* 2017 um eine Pauschale von 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, wenn die Übermittlung durch sichere elektronische Verfahren erfolgt und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt. Der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste ist bei der | (1) Der Zuschlag nach § 291a Absatz 7b Satz 1 erhöht sich **im Jahr** 2017 um eine Pauschale von 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, wenn die Übermittlung durch sichere elektronische Verfahren erfolgt und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt. Der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste ist bei der |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Absatz 4 zu berücksichtigen. § 73 Absatz 1b Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass der elektronische Brief durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt wird. | Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Absatz 4 zu berücksichtigen. § 73 Absatz 1b Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass der elektronische Brief durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt wird. |
| (2) Das Nähere, insbesondere über Inhalt und Struktur des elektronischen Briefs, zur Abrechnung, zu Regelungen, die eine nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung vermeiden, und Einzelheiten zu den Sicherheitsmaßnahmen, regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik in einer Richtlinie. In der Richtlinie ist festzulegen, dass für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen. Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Richtlinie ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinie innerhalb von einem Monat beanstanden. | (2) u n v e r ä n d e r t |
| (3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, dass sein System die in der Richtlinie enthaltenen Vorgaben erfüllt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen. | (3) u n v e r ä n d e r t |
| (4) Die Abrechnung des Zuschlags nach Absatz 1 ist zulässig, wenn für das verwendete informationstechnische System eine Bestätigung nach Absatz 3 gegenüber der zuständigen Abrechnungsstelle nachgewiesen wird. | (4) Die Abrechnung des Zuschlags nach Absatz 1 ist zulässig, wenn für das verwendete informationstechnische System eine Bestätigung nach Absatz 3 gegenüber der zuständigen Abrechnungsstelle nachgewiesen wird. **Die Abrechnung eines Zuschlags nach Absatz 1 ist über die Voraussetzungen des Satzes 1 hinaus nur zulässig, wenn der elektronische Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen ist, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a Absatz 5 Satz 5 erzeugt wurde.** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| (5) Für den Zeitraum ab 2018 wird die Höhe des Zuschlags durch die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 vereinbart. Der Zuschlag darf nur vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden. | (5) u n v e r ä n d e r t |
| (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Vertragszahnärzte. | (6) u n v e r ä n d e r t |
| *§ 291i* | § **291g** |
| Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung | Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung **und zur Videosprechstunde** |
| (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart bis zum 30. Juni 2016 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die Vereinbarung ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Vereinbarung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Vereinbarung innerhalb von einem Monat beanstanden. | (1) u n v e r ä n d e r t |
| (2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 31. März 2016 zustande, so ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den Vereinbarungspartnern nach Absatz 1 und der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 zustande, | (2) u n v e r ä n d e r t |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 innerhalb von zwei Wochen. Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. | |
| (3) Sofern die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 30. Juni 2016 getroffen wird, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“ | (3) u n v e r ä n d e r t |
| | **(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Vereinbarung über technische Verfahren zu Videosprechstunden entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 30. September 2016 zu treffen ist.“** |
| | **Artikel 1a** |
| | **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** |
| | **Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:** |
| | **1. § 5 wird wie folgt geändert:** |
| | **a) Nach Absatz 1 Nummer 11a wird folgende Nummer 11b eingefügt:** |
| | **„11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch** |
| | **a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,** |
| | **erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,“.** |
| | **b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus“ eingefügt.** |
| | **c) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.** |
| | **2. In § 8 Absatz 1 Nummer 4 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.** |
| | **3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.** |
| | **4. In § 189 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2“ ersetzt.** |
| | **5. In § 202 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers“ die Wörter „und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b“ und nach den Wörtern** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **„Ende der Versorgungsbezüge“ die Wörter „und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung“ eingefügt.** |
| | **6. § 225 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:** |
| | **„2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und die dort genannten Leistungen vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder“.** |
| | **7. Nach § 237 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:** |
| | **„Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b sind die dort genannten Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei. Dies gilt entsprechend für die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte.“** |
| | **8. Nach § 249a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:** |
| | **„Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.“** |
| | **Artikel 1b** |
| | **Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch** |
| | **In § 36a Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2325) geändert worden ist, wird die Angabe „Satz 4“ gestrichen.** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **Artikel 1c** |
| | **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch** |
| | **In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 11 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist, werden nach der Angabe „11a“ ein Komma und die Angabe „ 11b“ eingefügt.** |
| | **Artikel 1d** |
| | **Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte** |
| | **Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 440 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:** |
| | **1. In § 3 Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „11 und 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.** |
| | **2. In § 29 Absatz 4 wird die Angabe „11 und 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.** |
| | **3. Dem § 45 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:** |
| | **„Bei Personen, die eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, eine in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder eine Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beitragsfrei.“** |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
| --- | --- |
| | **Artikel 1e** |
| | **Änderung der Schiedsstellenverordnung** |
| | **In § 6 Absatz 3 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 129 Abs. 7 oder § 300 Abs. 4“ durch die Wörter „§ 129 Absatz 7, § 130b Absatz 9 Satz 6 oder § 300 Absatz 4“ ersetzt.** |
| **Artikel 2** | **Artikel 2** |
| **Änderung des Nutzungszuschlags-Gesetzes** | **u n v e r ä n d e r t** |
| In § 2 Absatz 2 Satz 1 des Nutzungszuschlags-Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720, 1724), das durch Artikel 16 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 291a Abs. 7 Satz 4 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „§ 291a Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2“ ersetzt. | |
| **Artikel 3** | **Artikel 3** |
| **Änderung des BSI-Gesetzes** | **u n v e r ä n d e r t** |
| § 8c des BSI-Gesetzes vom 14. August 2009 (BGBl. I S. 2821), das zuletzt durch Artikel … des Gesetzes vom … (BGBl. …) geändert worden ist, wird wie folgt geändert: | |
| 1. Absatz 2 wird wie folgt geändert: | |
| a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt: | |
| „3. die Gesellschaft für Telematik nach § 291a Absatz 7 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 291b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur im Hinblick auf die nach § 291b Absatz 1a und 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen | |

| **Entwurf** | **Beschlüsse des 14. Ausschusses** |
|---|---|
| Dienste und Betreiber von Diensten, soweit sie die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestätigte Anwendungen nutzen,“. | |
| b) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5. | |
| 2. Absatz 3 wird wie folgt geändert: | |
| a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt: | |
| „3. die Gesellschaft für Telematik nach § 291a Absatz 7 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 291b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur im Hinblick auf die nach § 291b Absatz 1a und 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Dienste und Betreiber von Diensten, soweit sie die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestätigte Anwendungen nutzen,“. | |
| b) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5. | |
| | **Artikel 3a** |
| | **Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde** |
| | **Nach § 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist, wird folgender § 3a eingefügt:** |
| | **„§ 3a** |
| | **(1) Zur Anpassung des Studiums der Zahnmedizin an die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin kann eine Hochschule bei der nach Landesrecht zuständigen Stelle die Zulassung eines Modellstudiengangs beantragen.** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **(2) Im Rahmen des Modellstudiengangs kann von den Vorgaben der Approbationsordnung für Zahnärzte dahingehend abgewichen werden, dass** |
| | **1. als staatliche Prüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte lediglich die zahnärztliche Prüfung abzulegen ist und diese Prüfung frühestens nach einem Studium der Zahnheilkunde von zehn Semestern erfolgt,** |
| | **2. in das in § 26 Absatz 4 Buchstabe b, § 28 Absatz 1 und 5 und § 61 Absatz 2 Buchstabe b und Absatz 3 Satz 1 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannte Fach Zahnersatzkunde neben prothetischen Inhalten auch Inhalte der gesamten Zahnheilkunde aufgenommen werden und** |
| | **3. der Nachweis nach § 36 Absatz 1 Buchstabe c der Approbationsordnung für Zahnärzte, dass der Kandidat je zwei Semester als Praktikant den Kursus und die Poliklinik der Zahnerhaltungskunde und den Kursus und die Poliklinik der Zahnersatzkunde regelmäßig und mit Erfolg besucht hat, durch den Nachweis ersetzt wird, dass der Kandidat vier Semester Zahnerhaltungs- und Zahnersatzkunde integrierende Behandlungskurse regelmäßig und mit Erfolg besucht hat.** |
| | **(3) Die Zulassung als Modellstudiengang setzt voraus, dass** |
| | **1. das Reformziel beschrieben wird und erkennen lässt, welche qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung vom Modellstudiengang erwartet werden,** |
| | **2. eine von der Hochschule zu erlassende besondere Studien- und Prüfungsordnung besteht,** |
| | **3. sichergestellt ist, dass die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in der naturwissenschaftlichen und in der zahnärztlichen Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte nachzuweisen sind, im Modellstudiengang in einer dem Regelstudiengang gleichwertigen Weise geprüft werden und diese Prüfung spätestens vor der Teilnahme an dem Operationskursus und dem Kursus der kieferorthopädischen Behandlung nach § 36 Absatz 1 Buchstabe b der Approbationsordnung für Zahnärzte und vor dem Besuch der in Absatz 2** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **Nummer 3 genannten Lehrveranstaltungen erfolgt,** |
| | **4. eine sachgerechte begleitende und abschließende Evaluation des Modellstudiengangs in Bezug auf die qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung gewährleistet ist,** |
| | **5. Mindest- und Höchstdauer der Laufzeit des Modellstudiengangs festgelegt sind und Verlängerungsanträge anhand von Evaluationsergebnissen zu begründen sind,** |
| | **6. die Freiwilligkeit der Teilnahme und ein dem Regelstudiengang entsprechender gleichberechtigter Zugang zum Modellstudiengang gewährleistet sind,** |
| | **7. die Voraussetzungen, unter denen die Hochschule den Modellstudiengang abbrechen kann, benannt sind,** |
| | **8. geregelt ist, wie beim Übergang vom Modellstudiengang in den Regelstudiengang hinsichtlich des Weiterstudiums, der Anrechnung von Studienzeiten und Prüfungen und anderen Studienleistungen verfahren wird,** |
| | **9. festgelegt ist, wie die Anforderungen, die in den §§ 14, 19 Absatz 3, in § 21 Absatz 1 und 2, § 24 Absatz 1, § 26 Absatz 4 und den §§ 28 und 31 Absatz 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte beschrieben sind, im Modellstudiengang erfüllt werden.** |
| | **Liegt bei einem Modellstudiengang eine Abweichung nach Absatz 2 Nummer 2 vor, so müssen im Fach Zahnersatzkunde die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 und 9 neben den prothetischen Inhalten auch die in der Lehre vermittelten Inhalte der gesamten Zahnheilkunde umfassen.** |
| | **(4) Die Zulassung als Modellstudiengang kann befristet erteilt und mit Auflagen versehen werden.** |
| | **(5) Für die Prüfungen im Modellstudiengang nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und 9 gelten § 22 Absatz 5 und § 30 Absatz 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte entsprechend. Hat der Studierende in einem Regelstudiengang die naturwissenschaftliche oder die zahnärztliche Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte endgültig nicht be-** |

| Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses |
|---|---|
| | **standen, ist das Ablegen der entsprechenden Prüfungen nach Satz 1 im Modellstudiengang nicht zulässig. Hat der Studierende die entsprechenden Prüfungen nach Satz 1 im Modellstudiengang endgültig nicht bestanden, ist das Ablegen der naturwissenschaftlichen oder der zahnärztlichen Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte nicht zulässig.** |
| | **(6) Studierende des Modellstudiengangs haben dem Gesuch um Zulassung zur Abschlussprüfung die in § 19 Absatz 2 und 3 und § 26 Absatz 2 bis 4 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannten Nachweise beizufügen.** |
| | **(7) Die nach Landesrecht zuständige Stelle informiert das Bundesministerium für Gesundheit nach Erteilung der Zulassung eines Modellstudiengangs hierüber einschließlich der Angaben nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3, 5 und 9 sowie über die Evaluationsergebnisse nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, sobald diese vorliegen.“** |
| **Artikel 4** | **Artikel 4** |
| **Inkrafttreten** | **Inkrafttreten** |
| Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. | **(1)** Dieses Gesetz tritt **vorbehaltlich der Absätze 2 und 3** am Tag nach der Verkündung in Kraft. |
| | **(2) Artikel 1 Nummer 0 tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.** |
| | **(3) Die Artikel 1a, 1c und 1d treten am 1. Januar 2017 in Kraft.** |

# Bericht der Abgeordneten Dr. Katja Leikert, Dirk Heidenblut, Kathrin Vogler und Maria Klein-Schmeink

## A. Allgemeiner Teil

### I. Überweisung

**Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/5293** in seiner 116. Sitzung am 3. Juli 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Der Deutsche Bundestag hat die Unterrichtung auf **Drucksache 18/6012** mit der Unterrichtung auf Drucksache 18/6138 gemäß § 80 Absatz 3 der Geschäftsordnung zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Innenausschuss, Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

**Zu Buchstabe b**

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache **18/3574** in seiner 79. Sitzung am 15. Januar 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

**Zu Buchstabe c**

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache **18/6068** in seiner 124. Sitzung am 24. September 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur sowie den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

### II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

**Zu Buchstabe a**

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien haben ein großes Potenzial, zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung beizutragen. Gleichzeitig können diese modernen Technologien bei der Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels und der Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum bedeutend sein. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden nach Angaben der Bundesregierung Maßnahmen auf den Weg gebracht, um moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in der medizinischen Versorgung zu etablieren.

Schwerpunkte des Gesetzes liegen demnach zum einen in der Schaffung von Anreizen, um die Einführung und Nutzung medizinischer und administrativer Anwendungen zügig voranzutreiben. Diese Anreize werden zum Beispiel durch eine Vergütung für Ärzte bei Erstellung und Aktualisierung eines Notfalldatensatzes geschaffen. Darüber hinaus sollen mit dem Gesetz Patienten einen Anspruch auf einen einheitlichen Medikationsplan bekommen, sofern sie mindestens drei verordnete Medikamente anwenden. Außerdem würden telemedizinische Leistungen mit Zuschlägen gefördert. Neben diverser Vergütungs- und Förderungssysteme werde auch ein Sanktionsmechanismus auf Ebene der Arztpraxen eingeführt.

Zum anderen werden Nutzungsmöglichkeiten des Notfalldatensatzes erweitert und die Zugriffsverfahren für Versicherte erleichtert. Patienten können entscheiden, ihre Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte zur Unterstützung im Rahmen der Regelversorgung bereitzustellen. Ferner zielt das Gesetz darauf ab, die Telematikinfrastruktur zu öffnen und weiterzuentwickeln. Dabei soll die Telematikinfrastruktur nicht nur auf die Anwen-

dungen mit Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte ausgerichtet sein, sondern auch auf weitere Anwendungen im Gesundheitsbereich ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte sowie auf Angehörige nichtapprobierter Gesundheitsberufe. Des Weiteren werden die Strukturen der Gesellschaft für Telematik verbessert, indem die gesetzlichen Regelungen im Hinblick auf einen flächendeckenden Betrieb der Telematikinfrastruktur fortgeschrieben werden. Ein weiterer Schwerpunkt liege in der Verbesserung der Interoperabilität der Systeme als zwingende Voraussetzung für deren Nutzung im Gesundheitswesen. Zum Zwecke der Transparenz soll die Gesellschaft für Telematik verpflichtet werden, ein Interoperabilitätsverzeichnis aufzubauen. Neue digitale Anwendungen sollen vorhandene Standards und Profile nutzen können, um „Insellösungen“ zu vermeiden.

Zur Regelung zum Medikationsplan schlägt der **Bundesrat** in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf auf Bundestagsdrucksache 18/5293 vor, den Anspruch des Versicherten auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform auf Apotheker auszuweiten und Apotheker auch bei der Aktualisierung einzubinden sowie zur Klarstellung eine Ausnahme für regionale Modellvorhaben vorzusehen. Der an den Bewertungsausschuss gerichtete Auftrag zur telemedizinischen Erbringung konsiliarischer Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen soll generell auf Telemonitoringverfahren ausgeweitet werden. Zu den Datenerhebungs- und -verarbeitungsbefugnissen der Kassenärztlichen Vereinigungen empfiehlt der Bundesrat Änderungen, mit denen die Nutzungszwecke und damit die Befugnisse ausgeweitet werden sollen. Die Rechtsverordnung zur Verlängerung der Frist, die der Gesellschaft für Telematik für die Durchführung der für das Versichertenstammdatenmanagement erforderlichen Maßnahmen durch das Gesetz gesetzt wird, soll mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen. Der Bundesrat empfiehlt ferner eine gesetzliche Regelung zu schaffen, um Unternehmen der privaten Krankenversicherung die Nutzung der Krankenversichertennummer im Rahmen der klinischen Krebsregistrierung zu ermöglichen. Die Befugnis der für die Berufszulassung zuständigen Stellen zur Weitergabe von Informationen, die für die Herausgabe von elektronischen Heilberufsausweisen erforderlich sind, an die hierfür zuständigen Stellen soll erweitert werden. Hinsichtlich der bestehenden Regelung zum Ersatz fehlender notwendiger Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik durch das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung, empfiehlt der Bundesrat eine Änderung dahingehend, dass die Rechtsverordnung nur im Einvernehmen mit den obersten Landesbehörden erlassen werden kann.

In der Gegenäußerung hat die **Bundesregierung** Prüfung im Rahmen eines künftigen Gesetzgebungsverfahrens zugesagt, zum Vorschlag der Erweiterung der Datenerhebungs- und -verarbeitungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Datennutzung für Zwecke der Versorgungsforschung sowie zum Vorschlag die Nutzung der Krankenversichertennummer durch Unternehmen der privaten Krankenversicherung im Rahmen der Krebsregistrierung zu ermöglichen. Die Bundesregierung unterstützt die Vorschläge zur Verpflichtung der Apotheker bei der Aktualisierung des Medikationsplans auf Wunsch der Versicherten, zur Ausnahmeregelung bei regionalen Modellvorhaben zum Medikationsplan sowie zur Übermittlung berufsbezogener Informationen, die für die Ausstellung von Heilberufsausweisen notwendig sind, an die zuständigen Stellen. Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge zur Ausweitung des Anspruchs der Versicherten auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform auch durch Apotheker, zur Ausweitung des Auftrags zur telemedizinischen Erbringung konsiliarischer Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen generell auf Telemonitoringverfahren sowie zur Forderung nach Zustimmung bzw. Einvernehmen der Länder bei der Rechtsverordnung zur Fristverlängerung für die Maßnahmen der Gesellschaft für Telematik und bei der Rechtsverordnung zur Ersetzung von Beschlüssen der Gesellschaft für Telematik ab.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRG) eine Stellungnahme abgegeben. Darin begrüßt er das Regelungsvorhaben ausdrücklich. Aus Sicht des NKR ist besonders hervorzuheben, dass die Selbstverwaltung den gesetzlichen Auftrag bekommt, zu prüfen, inwieweit derzeit papiergebundene Prozesse mit dem Betrieb der Telematikinfrastruktur schrittweise durch IT-unterstützende Prozesse abgelöst werden können. Das Vorhaben biete Potenzial für den Abbau von unnötigen Bürokratiekosten. Der NKR macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen geltend.

**Zu Buchstabe b**

Weder der potenzielle Nutzen noch die voraussichtlich anfallenden Kosten für die Einführung der Telematik-Infrastruktur und der eGK wurden bisher vom Bundesministerium für Gesundheit transparent gemacht, so die

Antragsteller. Zwar verweise die Bundesregierung auf eine positive Einschätzung durch ein Gutachten der Selbstverwaltung, ohne jedoch die genauen Studien und ihre Ergebnisse zu nennen. Eine interne Kosten/Nutzen-Analyse gehe von 10 Milliarden Euro für zehn Jahre aus. Außerdem werde die externe Speicherung von Gesundheitsdaten als immanenter Bestandteil des Telematik-Projekts inzwischen meist unerwähnt gelassen, obwohl eine externe Speicherung der sensiblen Gesundheitsdaten auf Großservern außerhalb der Leistungserbringer vorgesehen sei. Dies sei datenschutzrechtlich bedenklich und erhöhe die Anfälligkeit für Missbrauch. Die eGK an sich sei rechtlich wertlos, da die Krankenkassen es bei der Einführung der Karte versäumt hätten, bei Ausgabe der eGK die Identität des Versicherten einwandfrei festzustellen. Damit sei datenschutzrechtlich eine elektronische Onlineweitergabe der Gesundheitsdaten nicht möglich. Ferner würden durch die Bundesregierung keine Maßnahmen ergriffen, um offensichtliche Verstöße gegen geltendes Recht bei dem Abgleich von Onlinestammdaten zu ahnden. Die Antragsteller fordern einen Gesetzentwurf, der neben einer realen Kosten/Nutzen-Deckung insbesondere den Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird und eine externe Speicherung ausschließt bzw. die Speicherung auf mobilen Speichermedien nur auf Wunsch des Patienten betreibt. Der Gesetzentwurf soll klarstellen, welcher zweifelsfreie Identitätsnachweis zum datenschutzgerechten Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdaten genutzt werden solle. Kommerzielle Mehrwertanwendungen sollen verhindert werden.

**Zu Buchstabe c**

Die Patienten in Deutschland wünschen sich, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu einer verbesserten Kommunikation zwischen Krankenhäusern, Ärzten und Mitarbeitern anderer Gesundheitsberufe beiträgt und dadurch zum Beispiel Fehlmedikation und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Auch soll die Digitalisierung eingesetzt werden, um die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu verbessern. Bisher seien allerdings die Erwartungen einer besseren Versorgung und eines besseren Schutzes sensibler Gesundheitsdaten in Deutschland noch nicht erfüllt worden. Die Bundesregierung nehme nicht aktiv an der Entwicklung moderner und sicherer Kommunikations- und Informationstechnologien teil, sondern überlasse dies der Selbstverwaltung der Gesellschaft für Telematikanwendungen. Die Konsequenz seien Fehlentwicklungen und Parallelstrukturen, bei denen die Interessen der Leistungserbringer und Kostenträger im Vordergrund stünden. Die Antragsteller fordern einen Gesetzentwurf, der eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten durch beispielsweise Mitberatungsrechte von Patientenvertretern in der gematik festschreibe. Darüber hinaus sollen die Versicherten in Hinblick auf Wahrung und Transparenz sowie Akzeptanz für die eGK ihr Recht auf Selbstbestimmung wirksam ausüben können. Auch fehlten in der gematik die Einbindung anderer Gesundheitsberufe wie Pflegekräfte sowie Apotheker, um beim vorgesehenen Medikationsplan eine bessere Arzneimitteltherapiesicherheit zu gewährleisten.

## III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

**Zu Buchstabe a**

Der **Innenausschuss** hat in seiner 63. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf den Drucksachen 18/5293, 18/6012 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 76. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf den Drucksachen 18/5293, 18/6012 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 51. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf den Drucksachen 18/5293, 18/6012 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

**Zu Buchstabe b**

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 51. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/3574 abzulehnen.

**Zu Buchstabe c**

Der **Innenausschuss** hat in seiner 63. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/6068 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur** hat in seiner 53. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/6068 abzulehnen.

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 51. Sitzung am 2. Dezember 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/6068 abzulehnen.

## IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 51. Sitzung am 23. September 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/5293 sowie der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung (Drucksache 18/6012) und zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/3574 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages- eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 51. Sitzung am 23. September 2015 hat der Ausschuss die Beratungen über die Vorlagen aufgenommen. Es folgten weitere Beratungen in der 52. Sitzung am 30. September 2015 sowie in der 54. Sitzung am 14.10.2015.

In der 52. Sitzung am 30. September 2015 hat der Ausschuss für Gesundheit zudem die Beratung über den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/6068 aufgenommen.

Die Anhörung fand in der 58. Sitzung am 4. November 2015 statt.

Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Arbeitskreis Vorratsdatenspeicherung, Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (BITKOM), Bundesapothekerkammer (BAK), Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Deutschen Apothekensoftwarehäuser e. V. (ADAS), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA), Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg), Bundesverband Internetmedizin e. V. (BIM), Bundesverband Managed Care e. V. (BMC), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Bündnis Stoppt die eCard, Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V. (DGTelemed), Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutsches Studentenwerk, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, HL7 Deutschland e. V., Initiative Chronische Wunden e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Pro Generika e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa), Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V. (TMF), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde e. V. (VHZMK). Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Britta Böckmann, Prof. Dr. Peter Haas, Prof. Dr. Friedrich Köhler, Prof. Dr. Gernot Marx, Dr. Christian Peters und Dr. André Zilch eingeladen.

Auf das entsprechende Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat seine Beratungen über die Vorlagen in seiner 60. Sitzung am 2. Dezember 2015 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 18/5293, 18/6012 in geänderter Fassung anzunehmen.

Außerdem empfiehlt der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/3574 abzulehnen.

Ebenso empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 18/6068 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5293 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

Der Einstieg in die elektronische Patientenakte wird gefördert, indem die Gesellschaft für Telematik verpflichtet wird bis Ende 2018 alle Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten der Patienten aus bereits vorhandenen Anwendungen und Dokumentationen sowie weitere medizinische Daten des Versicherten in einer elektronischen Patientenakte mittels der elektronischen Gesundheitskarte bereitgestellt werden können. Eine stärkere Einbeziehung der Versicherten wird insbesondere durch eine Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, bis Ende 2018 alle Voraussetzungen für die Nutzung des Patientenfachs mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu schaffen, erreicht. Die stärkere Verbindlichkeit von Interoperabilitätsentscheidungen der Gesellschaft für Telematik wird durch eine Regelung geschaffen, nach der neue elektronische Anwendungen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nur noch finanziert werden, wenn die Festlegungen und Empfehlungen der Gesellschaft für Telematik berücksichtigt werden. Um die Ausgabe der für den Aufbau der Telematikinfrastruktur wichtigen elektronischen Heilberufsausweises mit qualifizierter elektronischer Signatur zu unterstützen, wird die Anschubfinanzierung für den elektronischen Arztbrief an den Einsatz des elektronischen Heilberufsausweise mit qualifizierter elektronischer Signatur geknüpft. Im Hinblick auf diese Zielsetzung wird auf die Anschubfinanzierung für den elektronischen Entlassbrief verzichtet. Die Einbeziehung der Apotheker beim Medikationsplan wird gestärkt, indem sie verpflichtet werden, den Medikationsplan, ab 2019 auch in elektronischer Form, zu aktualisieren. Durch die verpflichtende Einbeziehung der zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans notwendigen Funktionen und Informationen in die Praxisverwaltungssysteme der Vertragsärztinnen und -ärzte wird die einheitliche Umsetzung des Medikationsplans sichergestellt. Darüber hinaus wird im Hinblick auf die Nutzung des elektronischen Medikationsplans eine Frist zur Vereinbarung der Telematikzuschläge für Apotheker gesetzt. Die Telemedizin wird durch Aufnahme einer weiteren telemedizinischen Leistung, der Online-Videosprechstunde in Echtzeit, weiter gestärkt.

Weitere Änderungen haben insbesondere folgenden Inhalt:

Die Versicherungspflicht für Waisenrentner wird eingeführt sowie als Folgeänderung zum GKV-FQWG die Familienversicherung für zuletzt privat krankenversicherte ALG-II-Beziehende ausgeschlossen. Bei der häuslichen Krankenpflege wird den Rahmenempfehlungspartnern aufgegeben, Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte aufzunehmen; zudem ist ein effizienteres und effektiveres Schiedsverfahren vorgesehen. Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss wird gestärkt, indem zukünftig auf Ebene der Unterausschüsse bei Einrichtung von Arbeitsgruppen und Hinzuziehung von Sachverständigen das Einvernehmen der Patientenvertreter einzuholen ist. Mit einer Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde wird die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen im Studiengang Zahnmedizin geschaffen. Zudem waren einige überwiegend klarstellende Änderungen zur Besetzung und zum Verfahren im Bereich der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V sowie zur Festsetzung der Rahmenvereinbarung nach § 130b Absatz 9 SGB V erforderlich.

Im Zusammenhang mit den vorgenannten Änderungen ist im Wesentlichen von folgenden Kostenwirkungen auszugehen:

Durch den Verzicht auf die Anschubfinanzierung für den elektronischen Entlassbrief ist von Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von bis zu 31 Millionen Euro auszugehen. Für die Einführung der Online-Videosprechstunde als weiterer telemedizinischer Leistung ist mit Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung im Umfang eines einstelligen bis niedrigen zweistelligen Millionenbetrags zu rechnen. Mit der Einbeziehung der Waisenrentner und der Bezieher vergleichbarer Leistungen berufsständischer Versorgungseinrichtungen in die Versicherungspflicht gehen Mindereinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung im mittleren zweistelligen Millionenbereich einher.

Über die einzelnen Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0136.1 wurden einstimmig angenommen. Der Änderungsantrag Nummer 3, moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden, wurde zurückgezogen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14) 0136.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat in seiner 27. Sitzung am 10. Juni 2015 im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs gegeben ist. Die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung im Gesetzentwurf sei plausibel. Durch das Gesetz würden notwendige Regelungen für eine zügige Einführung nutzbringender Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und zur Etablierung und Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen geschaffen. Ziel des Gesetzes sei unter anderem, zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig notwendige Anpassungen an den demografischen Wandel vorzunehmen. Ferner trage der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien dazu bei, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum vor der Hintergrund demografischer Veränderungen zu verbessern, ohne mit finanziellen Belastungen für die künftigen Generationen verbunden zu sein.

Zu dem Antrag auf Drucksache 18/3574 der Fraktion DIE LINKE. lag dem Ausschuss für Gesundheit eine **Petition** vor, zu der der Petitionsausschuss um eine Stellungnahme gemäß § 109 GO-BT gebeten hat. Der Petent lehnt die elektronische Gesundheitskarte ab. Mit deren Einführung sei gegen Datenschutzbestimmungen verstoßen worden. Ein Nutzen für Patienten sei nicht erkennbar. Dem Anliegen wurde nicht entsprochen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** zeigte sich überzeugt, dass es sich mit dem E-Health-Gesetz um eines der großen nationalen Digitalisierungsprojekte handele. Mit den nun vorgesehenen Fristsetzungen werde das Projekt endlich vorangebracht und die seit zehn Jahren bestehende Blockade durchbrochen. Mit Anreizen und Sanktionen wolle man über die Sektorengrenzen hinweg eine sichere digitale Kommunikation zeitnah gewährleisten. Ziel sei, die Versorgungssituation der Patienten zu verbessern. Dies werde spätestens im Jahr 2018 spürbar, wenn der Notfalldatensatz sowie der Medikationsplan bereitgestellt würden und damit die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert würde. Während es zu Beginn des Gesetzgebungsprozesses im Wesentlichen darum gegangen sei, die Infrastruktur auf der Seite der Leistungserbringer mit Konnektoren auszubauen, werde nun der Patient viel stärker berücksichtigt. Diese sogenannte „patient empowerment" sei sehr wichtig. Schließlich hätten im Gesundheitssystem die Daten bisher dem Arzt bzw. dem Krankenhaus „gehört". Dies ändere sich nun, so dass eine neue Qualität und mehr Transparenz erreicht würden. Im Bereich der Interoperabilität habe man vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Anhörung nachgebessert, so dass nun ein gelungenes Gesetz verabschiedet werde. Dank gebühre dem Ministerium sowie dem Koalitionspartner für die zielorientierte Zusammenarbeit und auch der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für die konstruktive Begleitung während des Gesetzgebungsprozesses.

Die **Fraktion der SPD** bekräftigte, das E-Health-Gesetz lenke nun die Bemühungen, eine Telematikinfrastruktur zu etablieren, in die richtigen Bahnen und befördere durch die verschiedenen Fristsetzungen das gesamte Telematik-Projekt. Für die Patientinnen und Patienten werde durch die Schaffung erster Anwendungen ein echter Mehrwert entstehen. Insbesondere das Recht des Patienten auf seine Daten sei eine Errungenschaft des Gesetzes. Durch die Anhörung, habe man weitere Erkenntnisse gewonnen, durch die der Gesetzentwurf im Verfahren des Parlaments zusätzlich positive Veränderungen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten erfahren habe. Der Weg einer Interoperabilität des Telematik-Systems werde konsequent verfolgt, um es innerhalb der Versorgungsstrukturen zu etablieren und so einen echten Nutzen zu gewinnen. Im Gegensatz zur Regierungskoalition und zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verfolge die Fraktion DIE LINKE mit ihrem Antrag die Rückkehr in die digitale Steinzeit. Es würde dann weder einen Medikationsplan oder Arzneimitteltherapiesicherheit noch Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten geben.

Die **Fraktion DIE LINKE.** lehnte den Gesetzentwurf ab. Man befürworte Telematik-Anwendungen, wenn diese einen nachgewiesenen Nutzen für die Patientinnen und Patienten hätten, dem Prinzip der Datensparsamkeit und Datensicherheit folgten und ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufwiesen. Diesen Anforderungen würden das E-Health Gesetz und die Anwendungen der eGK nicht gerecht. Es würden große Mengen sensibler Daten gespeichert und eine aktuelle Kosten-Nutzen-Analyse fehle. Die Konzeption der Telematik-Infrastruktur und der eGK sei nicht zeitgemäß. Es werde nicht berücksichtigt, dass Megadatensammlungen nicht geschützt werden könnten, was die Überwachungsskandale der letzten Jahre gezeigt hätten. Grundsätzlich werde die Komplexität solcher Systeme unterschätzt. Deshalb müssen auch mobile Datenspeicher in Patientenhand erprobt werden, die Teilnahme für die Versicherten freiwillig sein und Ersatzverfahren mit Versicherungsnachweis auf Papier oder die alte Krankenversicherungskarte weiterhin Gültigkeit besitzen. Ein Kardinalfehler der aktuellen eGK sei, dass sie keinen sicheren Identitätsnachweis biete.

Nach Auffassung der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** wurden mit den vorliegenden Änderungsanträgen einige materielle Änderungen am Gesetz vorgenommen, die in die richtige Richtung gehen. Daher werde man sich bei der Abstimmung zum Gesetzentwurf enthalten. Die expliziten Fristen für Patientenakte und Patientenfach seien sehr sinnvoll. Die von der Bundesdatenschutzbeauftragten angemahnten Datenschutzregelungen seien aber nicht umgesetzt. Man hätte sich zudem eine stärkere Einbeziehung von Patientenvertreter/-innen und anderer Gesundheitsberufe zum Beispiel aus der Pflege in der gematik gewünscht. Die Nachbesserungen beim elektronischen Medikationsplan und beim IOP-Verzeichnis seien zu begrüßen. Es fehle allerdings die Festlegung, dass internationale IOP-Normen systematisch eingeführt werden sollen. Hinderlich für internationale Standards sei die Gebührenpflicht für das IOP-Verzeichnis. Darüber hinaus fehle eine Berücksichtigung des Marktes der Gesundheits-Apps. Insgesamt fehle eine stringente Strategie, wie die Digitalisierung im Gesundheitssektor zum Nutzen der Patientinnen und Patienten vorangetrieben und gleichzeitig die Datensicherheit gewährleistet werden könne.

## B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 18/5293 empfiehlt, wird auf die Begründung in der Drucksache verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

**Zu Artikel 1 (SGB V)**

**Zu Nummer 0** (§ 5)

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde geregelt, dass ab dem 1. Januar 2016 alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich versicherungspflichtig sind, soweit sie nicht privat krankenversichert oder dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Familienversicherung ist nicht mehr vorrangig vor der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Auf diese Weise entfällt eine für die Jobcenter und Krankenkassen verwaltungsaufwändige und fehleranfällige Prüfung.

Mit der Anfügung eines neuen Satzes 3 in § 5 Absatz 5a wird dieses Ziel der Neuregelung des GKV-FQWG vollständig erreicht. Auch für Beziehende von Arbeitslosengeld II, die nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtig sind, weil sie zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, wird die Familienversicherung künftig ausgeschlossen. Mit dieser Rechtsänderung wird sichergestellt, dass die Jobcenter und Krankenkassen künftig vollständig von der Prüfung und Meldung der Familienversicherung entlastet werden.

Durch die Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass Personen, die am 31. Dezember 2015 Arbeitslosengeld II beziehen und familienversichert sind, auch weiterhin der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet bleiben. Da die Familienversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II ab dem 1. Januar 2016 nicht mehr durchzuführen ist, werden diese Personen unter den dort geregelten Voraussetzungen versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a.

Die eine Familienversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II generell ausschließende Neuregelung führt zu geringfügigen Mehrausgaben des Bundes. Da der für privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II vom Bund zu leistende Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in der Regel oberhalb der ab 2016 durch den Bund zu leistenden Pauschale für in der GKV pflichtversicherte Bezieher von ALG II liegen dürfte, ist mit Mehrausgaben des Bundes in 2016 im oberen sechsstelligen Bereich zu rechnen, die in den Folgejahren auf einen niedrigen einstelligen Millionenbereich anwachsen dürften. Für die GKV entstehen Minderausgaben in ähnlicher Größenordnung.

**Zu Nummer 1** (§ 15 Absatz 2 und 6 SGB V)

Zu Buchstabe b

Anknüpfend an die bisherige Regelung, dass Versicherte bei der Inanspruchnahme ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung dem Arzt bzw. Zahnarzt ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen vorlegen müssen, sieht die Ergänzung klarstellend vor, dass auch bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung dem Psychotherapeuten die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen ist.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung in Satz 3 wird die Regelung zur Erhebung der Gebühr als Kann-Regelung ausgestaltet, damit die Krankenkassen über die Erhebung der Gebühr unter Abwägung des bürokratischen Aufwands selbst entscheiden können.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe cc

Mit dem neuen Satz 5 wird klargestellt, dass die Krankenkasse nicht verpflichtet ist, wiederholt Ersatzbescheinigungen auszustellen, wenn Versicherte ihrer Mitwirkungspflicht bei der Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte nicht nachkommen, z. B. die Einreichung des Lichtbildes verweigern. Hierüber sind die Versicherten bei der erstmaligen Ausstellung der Ersatzbescheinigung zu informieren.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe dd

Folgeänderung.

**Zu Nummer 1a** (§ 20i Absatz 1 SGB V)

Durch eine Neufassung von § 20i Absatz 1 Satz 2 wird geregelt, dass Schutzimpfungen, die wegen eines im Rahmen der Ausbildung vorgeschriebenen Auslandsaufenthalts erforderlich sind, zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20i Absatz 1 Satz 1 gehören. Die bisherige Regelung in § 20i Absatz 1 Satz 2 nimmt Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, von dem Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen grundsätzlich aus. Bei der Anwendung dieser Regelung in der Praxis bestand Unsicherheit in der Frage, ob ausbildungsbedingte Auslandsaufenthalte „nicht beruflich“ im Sinne des Gesetzes sind. Bereits die 77. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im Jahr 2010 hat dazu erklärt, dass die Kosten von Schutzimpfungen, für die

die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Indikation vorsieht und die in Deutschland vor Antritt eines Auslandsaufenthaltes erbracht werden, der durch Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind. Ein solcher Auslandsaufenthalt dient nicht der Erholung oder sonstigen privaten oder persönlichen Zwecken und unterliegt infolge der Vorgaben der Studien- oder Prüfungsordnung ähnlichen Zwängen wie ein im Rahmen der Berufsausübung erforderlicher Auslandsaufenthalt. Dass Studierende Einfluss darauf haben, in welches konkrete Zielland sie reisen, ist – wie auch sonst bei den beruflich bedingten Auslandsaufenthalten – unschädlich. Mit der klarstellenden Regelung werden nun Auslandsaufenthalte, die im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben sind, ausdrücklich neben den beruflich bedingten Auslandsaufenthalten genannt. Darüber hinaus werden die Ausnahmen in § 20i Absatz 1 Satz 2 für eine bessere Verständlichkeit neu formuliert. Die Einzelheiten der Leistungspflicht bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinienentscheidung.

Signifikante Mehrausgaben hat die Klarstellung voraussichtlich nicht zur Folge, zumal viele Krankenkassen die Kosten der Impfungen entweder auf der Grundlage der bisherigen Regelung oder auf der Grundlage von Satzungsrecht nach § 20i Absatz 2 bereits übernehmen. Die Regelung führt auf der anderen Seite auch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit durch Impfprävention Krankenbehandlungskosten vermieden werden.

**Zu Nummer 2** (§ 31a SGB V)

Zu Absatz 1

Das Nähere zu den Anspruchsvoraussetzungen und damit auch die Vorgabe, gegen welchen an der ambulanten Behandlung des Versicherten beteiligten Arzt sich der Anspruch auf Erstellung, Aushändigung und Aktualisierung des Medikationsplans richtet, ist nach Satz 2 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Bestandteil des Bundesmantelvertrags festzulegen. Um dem anspruchsberechtigten Versicherten die Geltendmachung seines Anspruchs zu ermöglichen, ist er von seinem behandelnden Arzt anlässlich der Verordnung eines Arzneimittels über seinen Anspruch zu informieren, insbesondere darüber, welcher Arzt den Medikationsplan zu erstellen und auszuhändigen hat. Mit dem neuen Satz 3 wird eine entsprechende Verpflichtung für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt geregelt.

Zu Absatz 3

Aktualisierungen des Medikationsplans können, soweit Veranlassung dazu besteht, auch von anderen Leistungserbringern vorgenommen werden. Mit dem neuen Satz 2 werden die Apotheken verpflichtet, bei Abgabe eines Arzneimittels eine entsprechende Aktualisierung vorzunehmen, sofern der Versicherte dies wünscht. Der Apotheke liegt im Zusammenhang mit der Abgabe des Arzneimittels die insoweit erforderliche Information über die Änderung der Medikation vor.

Die neuen Sätze 3 und 4 geben vor, dass ab dem 1. Januar 2019 die Daten des Medikationsplans in elektronischer Form für die Aktualisierungen genutzt werden sollen. Ab diesem Zeitpunkt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, soweit sie nicht bereits nach Satz 1 verpflichtet sind, und Apotheken zur Aktualisierung des Medikationsplans dann verpflichtet, wenn der Versicherte in die Nutzung der Anwendung „Daten des Medikationsplans nach § 31a Absatz 2 einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit" einwilligt und ihnen den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 erlaubt. Die Nutzung des Medikationsplans in elektronischer Form – einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit – sowie die Erteilung einer Zugriffserlaubnis auf die entsprechenden Daten ist für Ärzte, die den Medikationsplan nicht selbst erstellt haben, zur Aktualisierung des Medikationsplans erforderlich. Sie haben die Daten des Medikationsplans nicht in ihren Praxisverwaltungssystemen gespeichert und benötigen daher die elektronische Form des Medikationsplans, um diese in ihre Softwaresysteme übernehmen und auf dieser Basis einen aktualisierten Medikationsplan für die Versicherten erstellen zu können. Entsprechendes gilt für die Apotheken. Die Verpflichtung des nach der Festlegung der Bundesmantelvertragspartner zuständigen Arztes nach Satz 1 bleibt unabhängig von einer Zugriffsmöglichkeit auf den elektronischen Medikationsplan bestehen. Die von Ärzten oder Apotheken vorgenommenen Aktualisierungen sind auf Wunsch des Versicherten mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern.

Zu Absatz 5 Satz 1

Mit der Neufassung von Satz 1 wird den Vereinbarungspartnern eine gesetzliche Frist für die Fortschreibung im Hinblick auf den elektronischen Medikationsplan gesetzt und klargestellt, dass die Fortschreibung neben der einheitlichen Abbildung der Daten in den von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen auch die Nutzung der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit ermöglichen muss. Entsprechendes gilt für die einheitliche Datenabbildung in den elektronischen Programmen der Apotheken.

Es ist davon auszugehen, dass die elektronische Darstellung der Daten des Medikationsplans (insbesondere mittels Codiertabellen etc.) fortlaufend weiterentwickelt werden wird. Bis zum 30. April 2017 sind die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 erstmals so fortzuschreiben, dass Daten des Medikationsplans – z. B. unter Nutzung bereits vorhandener Codiertabellen – elektronisch einheitlich abgebildet werden können. Sofern bereits absehbar, kann zu diesem Zeitpunkt auch eine Verfahrensweise festgelegt werden, mit der künftige Anpassungen an der elektronischen Darstellung der Daten des Medikationsplans in den von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und den elektronischen Programmen der Apotheken fortlaufend berücksichtigt werden können. Falls notwendig, ist die Vereinbarung auch hier weiter fortzuschreiben.

Zu Absatz 5 letzter Satz

Mit dem neuen Satz 3 wird die Möglichkeit geschaffen, ein Schlichtungsverfahren durchzuführen, sofern die erstmalige Fortschreibung nicht innerhalb der gesetzlichen Frist bis zum 30. April 2017 zustande kommt. Die Vorgaben für das Schlichtungsverfahren zur Durchsetzung der Vereinbarung nach Absatz 4 gelten entsprechend für die Fortschreibung der Vereinbarung im Hinblick auf den elektronischen Medikationsplan einschließlich der Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Mit der gesetzlichen Frist und dem vorgesehenen Schlichtungsverfahren soll sichergestellt werden, dass die Voraussetzungen für die Nutzung des elektronischen Medikationsplans einschließlich der Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit bis zum 1. Januar 2018 geschaffen sind.

Zu Absatz 6 (neu)

Die Ergänzung dient der Klarstellung. Durch den Hinweis, dass Modellvorhaben nach § 63 unberührt bleiben, wird ausdrücklich klargestellt, dass die Regelungen nach dieser Vorschrift und die Teilnahme an entsprechenden Modellvorhaben nebeneinander bestehen. Regionale Modellvorhaben für einen Medikationsplan, der nicht nur in Papierform erstellt und zur Verfügung gestellt wird, können auch weiterhin durchgeführt werden.

**Zu Nummer 3a** (§ 67 Absatz 1 SGB V)

Die Regelung, nach der zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern durch die elektronische Kommunikation ersetzt werden soll, wird auf die Kommunikation mit den Krankenkassen in Genehmigungsverfahren ausgedehnt. Auch bei der bislang papiergebundenen Kommunikation in Genehmigungsverfahren ist der Einsatz elektronischer Kommunikation zwischen Arztpraxen und Krankenkassen sinnvoll.

**Zu Nummer 4** (§ 73 Absatz 8 SGB V)

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass für die Funktionalitäten zur Erstellung eines Medikationsplans nach § 31a das bereits für Verordnungssoftware etablierte Zertifizierungsverfahren nach dieser Vorschrift Anwendung findet. Damit wird eine einheitliche Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen sichergestellt. § 31a sieht in Absatz 4 vor, dass Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung von den entsprechenden Vertragspartnern bis zum 30. April 2016 zu vereinbaren sind. Diese Vereinbarungen sind gemäß der Ergänzung in § 73 Absatz 8 Satz 7 in den von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen entsprechend abzubilden. Gleiches gilt zu einem späteren Zeitpunkt hinsichtlich der nach § 31a Absatz 5 zu vereinbarenden einheitlichen elektronischen Abbildung der Medikationsdaten.

Um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten, wird eine Nummerierung eingeführt. Die Aufzählung ist nicht abschließend („mindestens“).

**Zu Nummer 5** (§ 87 Absatz 2a SGB V)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung des Verweises.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird zu der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung zu konsiliarischen Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen zusätzlich vorgegeben, dass zukünftig auch Online-Videosprechstunden in Echtzeit als telemedizinische Leistung in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt werden. Dies ermöglicht eine telemedizinisch gestützte Betreuung von Bestandspatientinnen und -patienten, mit der die ansonsten wiederholte persönliche Vorstellung in der Arztpraxis vor Ort ersetzt werden kann, z. B. bei bestehender Therapie und deren Weiterführung oder bei Verlaufskontrollen. Untersuchungen, die die direkte Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten vor Ort erfordern, wie z. B. körperliche Untersuchungen finden nach wie vor beim Arzt in der Praxis statt. Vor dem Hintergrund der berufsrechtlichen Regelungen sind die Konsultationen auf solche Patientinnen bzw. Patienten zu beschränken, die dem behandelnden Arzt bekannt sind. Nur diese sollen auf Einladung des Arztes hin auch an der Videosprechstunde teilnehmen können. Die Patientin oder der Patient entscheidet, ob sie oder er von diesem Angebot Gebrauch macht, es besteht eine uneingeschränkte Wahlmöglichkeit, die Praxis aufzusuchen und einen Termin beim Arzt vor Ort wahrzunehmen.

Für geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und Fachgruppen, die der Bewertungsausschuss festlegt, können somit bei bekannten Patientinnen und Patienten Kontrollbesuche in der Arztpraxis vor Ort, mit denen sich der Arzt über den Verlauf der Erkrankung ein Bild macht, durch den Einsatz IT-gestützter Komponenten (wie z. B. Videokamera, audiovisuelle Medien) ersetzt werden. Für diese Leistungen könnten – wie es bereits bei Telefonsprechstunden erfolgt – z. B. eigene Zeiten für Videosprechstunden in Frage kommen, die sich mit wenig Aufwand in den Praxisalltag integrieren lassen. Bereits heute gibt es solche Angebote außerhalb der Regelversorgung. Eine psychotherapeutische Telebehandlung ist dabei auch vor dem Hintergrund des Berufsrechtes ausgeschlossen.

Der Versicherte hat – wie auch beim Telefon – die Kosten der eigenen Komponenten (z. B. Videokamera seines Computers oder Internetkosten) selbst zu tragen.

Zu den Buchstaben c und d

Eine Anpassung der Verweise ist bereits durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erfolgt und ist somit nicht mehr nötig.

**Zu Nummer 6a** (§ 89 SGB V)

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass in den Fällen, in denen ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist zustande kommt und auch keine der Vertragsparteien bei dem Schiedsamt einen Antrag stellt eine Einigung herbeizuführen, die zuständige Aufsichtsbehörde befugt ist, unmittelbar nach Ablauf der gesetzlichen Frist den Antrag auf Herbeiführung einer Einigung bei dem Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien zu stellen. Der Ablauf der gesetzlichen Frist macht es entbehrlich, dass die Aufsichtsbehörde den Vertragsparteien eine weitere Frist setzt oder gesetzt hat.

**Zu Nummer 6b** (§ 129 SGB V)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Amtsdauer der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle im Falle der Benennung durch Losentscheid ein Jahr beträgt. Die Klarstellung erfolgt analog zu der Klarstellung in § 130b Absatz 5 Satz 5.

Durch den Verweis auf § 89 Absatz 3 Satz 4 und 5 wird das Losverfahren, das für den Fall der Nichteinigung über die unparteiischen Mitglieder für die Besetzung des Schiedsamtes nach § 89 gilt auch für die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 zur Anwendung gebracht. Streitig war die Frage, ob die für das Schiedsamt nach § 89 geregelte verkürzte Amtszeit im Fall des Losentscheids auch für die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 Anwendung findet. Dies wird durch Ausweitung des Verweises auf § 89 Absatz 3 Satz 6 klargestellt.

Die Benennung der Unparteiischen soll vorrangig durch Einigung erfolgen. Schließlich beruht u. a. darauf die Akzeptanz der durch die Schiedsstelle zu treffenden Entscheidungen. Eine Entscheidung im Losverfahren soll nachrangig erfolgen. Es ist anzunehmen, dass ein per Losentscheid ermittelter Vorsitzender grundsätzlich auf eine weniger breite Akzeptanz bei allen Beteiligten stößt. Daher soll nach einem Jahr erneut der Versuch einer Besetzung im Einvernehmen unternommen werden.

**Zu Nummer 6c** (§ 130b SGB V)

Zu Buchstabe a

Korrektur eines redaktionellen Versehens. Mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde Absatz 1 geändert. Der Verweis in Absatz 9 Satz 9 (neu) wurde nicht an die neue Satzzählung angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Amtsdauer der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle im Falle der Benennung durch Losentscheid ein Jahr beträgt. Hierüber hat es in der Praxis bei der Anwendung des Losverfahrens zur Nachbesetzung der Schiedsstelle zum 1. Juli 2015 unterschiedliche Auslegungen gegeben.

Durch den Verweis auf § 89 Absatz 3 Satz 4 und 5 wird das Losverfahren, das für den Fall der Nichteinigung über die unparteiischen Mitglieder für die Besetzung des Schiedsamtes nach § 89 gilt auch für die Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 zur Anwendung gebracht. Streitig war die Frage, ob die für das Schiedsamt nach § 89 geregelte verkürzte Amtszeit im Fall des Losentscheids auch für die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 Anwendung findet. Dies wird durch Ausweitung des Verweises auf § 89 Absatz 3 Satz 6 klargestellt.

Die Benennung der Unparteiischen soll vorrangig durch Einigung erfolgen. Schließlich beruht u. a. darauf die Akzeptanz der durch die Schiedsstelle zu treffenden Entscheidungen. Eine Entscheidung im Losverfahren soll nachrangig erfolgen. Es ist anzunehmen, dass ein per Losentscheid ermittelter Vorsitzender grundsätzlich auf eine weniger breite Akzeptanz bei allen Beteiligten stößt. Daher soll nach einem Jahr erneut der Versuch einer Besetzung im Einvernehmen unternommen werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Regelung wird klargestellt, dass auch bei Entscheidungen der unparteiischen Mitglieder im Zusammenhang mit der Festsetzung der Rahmenvereinbarung ein Vorverfahren nicht stattfindet.

In Absatz 4 ist bereits geregelt, dass bei Klagen gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle ein Vorverfahren nicht stattfindet. Die Festsetzung der Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 erfolgt alleine durch die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle. Der Ausschluss eines Vorverfahrens ist hier nicht ausdrücklich geregelt. Dies ist bezüglich der Festsetzung der Rahmenvereinbarung nicht erforderlich, da es sich nicht um einen Verwaltungsakt handelt. Streitig war, ob bei Klagen gegen eine Einzelfallentscheidung der unparteiischen Mitglieder mit Verwaltungsaktcharakter ein Vorverfahren analog Absatz 4 Satz 6 ausgeschlossen ist oder ob aufgrund der für die Entscheidungen der unparteiischen Mitglieder geltenden spezielleren Norm in Absatz 9 der Rückgriff auf Absatz 4 gesperrt ist. Dies kann etwa bei der Entscheidung über die Hinzuziehung weiterer Beteiligter der Fall sein.

Zudem wird mit dem neuen Satz 6 dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt, den Vertragspartnern eine Frist zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzten. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle den Inhalt der Rahmenvereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei fest. Einer entsprechenden Regelung bedarf es für Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 4 nicht, da die Frist bereits in Absatz 4 Satz 1 vorgeschrieben ist. Für den Spezialfall, dass die unparteiischen Mitglieder nach Absatz 9 über die Rahmenvereinbarung zu entscheiden haben, besteht die Möglichkeit einer Fristsetzung derzeit nicht. Sie kann jedoch erforderlich sein, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen und keine Seite einen entsprechenden Antrag stellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Korrektur eines redaktionellen Versehens. Mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde Absatz 1 geändert. Der Verweis in Absatz 9 Satz 9 (neu) wurde nicht an die neue Satzzählung angepasst.

**Zu Nummer 6d** (§ 132a SGB V)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung in Satz 4 Nummer 6 wird den Rahmenempfehlungspartnern aufgegeben, im Zusammenhang mit den Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütungen und ihrer Strukturen auch Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte in die Rahmenempfehlungen aufzunehmen. Es muss sichergestellt sein, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen angemessen vergütet werden. Mit der Ergänzung der Rahmenempfehlungen soll eine bessere Berücksichtigung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten bei den Vergütungsverhandlungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erreicht werden. Die Berücksichtigung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei den Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 2 setzt ein Mindestmaß an Transparenz und an den Nachweis über die Zahlung entsprechend hoher Arbeitsentgelte voraus. Um die Vertragsverhandlungen zu erleichtern, sollen sich die Vertragspartner an einheitlichen Vorgaben zu entsprechenden Nachweispflichten orientieren können. Der Nachweis über die Zahlung von Tariflöhnen und die Höhe der Arbeitsentgelte hat dabei in anonymisierter Form zu erfolgen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebenen werden nunmehr verpflichtet, die noch ausstehenden Rahmenempfehlungen nach Satz 4, die teilweise erstmalig seit dem 1. Juli 1997 gesetzlich vorgesehen sind, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes abzugeben. Die Rahmenempfehlungen dienen dazu, eine bundesweit einheitliche und qualitativ gleichwertige Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten. Die durch den Gesetzgeber geforderten Empfehlungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Struktur sollen dabei neben den neu ergänzten Transparenzvorgaben zur Erleichterung der Vergütungsverhandlungen und einer Einigung der Vertragspartner über eine angemessene Vergütung im Verhandlungswege beitragen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 6 wird klargestellt, dass im Falle der Nichteinigung der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt wird, ohne dass es hierfür einer vertraglichen Regelung bedarf.

Darüber hinaus dienen die Änderungen der Straffung und Steigerung der Effizienz bei der Durchführung von Schiedsverfahren, damit die Verfahren zügiger zum Abschluss kommen und etwaige Vergütungserhöhungen schneller in der Praxis ankommen. Hierzu wird die Schiedsperson verpflichtet, den Vertragsinhalt im Regelfall innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ist die Schiedsperson von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu bestimmen, hat die Bestimmung innerhalb eines Monats nach Vorliegen aller für die Bestimmung der Schiedsperson erforderlichen und von der Aufsichtsbehörde bei den Vertragsparteien angeforderten Unterlagen beziehungsweise Informationen erfolgen.

**Zu Nummer 6e** (§ 140 f Absatz 2 SGB V)

Mit der vorgesehenen Ergänzung der Regelungen zur Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird dem Anliegen einer weiteren Stärkung des Patienteninteresses Rechnung getragen. Die Patientinnen- und -Patientenvertreter erhalten in konkreten organisatorischen Fragen im Verfahren des G-BA die Möglichkeit mitzuentscheiden. Zukünftig ist auf der Ebene der Unterausschüsse bei Entscheidungen über die

- die Einrichtung von Arbeitsgruppen und
- die Hinzuziehung von Sachverständigen

das Einvernehmen mit den von den Patientenorganisationen benannten Patientenvertreterinnen und -vertretern herzustellen, wobei diese ihr Votum hinsichtlich des Einvernehmens einheitlich abzugeben haben. Im Falle einer uneinheitlichen Positionierung der Patientenvertretung gilt somit ihr Einvernehmen als erteilt.

Die Regelung zielt auf eine weitere Erhöhung der Patientenorientierung der Tätigkeit des G-BA und soll dazu beitragen, dass das Interesse der Patienten an einer möglichst guten Behandlung sowie die Partizipation von Menschen mit Behinderungen aufgrund der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention in der untergesetzlichen Normgebung durch den G-BA Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die bestehende Praxis des G-BA, mit der Patientenvertretung beispielsweise bei der Gestaltung der Tagesordnungen, bei Vertagungen und beim Inhalt von Sitzungsniederschriften ein Einvernehmen zu erzielen, auch in Zukunft erhalten bleibt.

**Zu Nummer 10** (§ 291 SGB V)

Zu Buchstabe c Absatz 2 Satz 1 Nummer 7

Mit der zusätzlichen Aufnahme des Hinweises wird der Status der auftragsweisen Betreuung für die Personengruppen nach § 264 Absatz 2 für die Leistungserbringer erkennbar. Sie werden damit z. B. darüber informiert, dass in diesen Fällen keine Kostenerstattung nach § 13 gewählt werden kann. Aufgrund der gesonderten Abrechnungsparameter wird ferner das Verwaltungsverfahren durch die Kennzeichnung erheblich erleichtert.

Zu Buchstabe c Absatz 2 Satz 2

Mit der Änderung wird die Möglichkeit eröffnet, dass die elektronische Gesundheitskarte auch die in § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 geregelten Ruhenstatbestände enthalten kann, um ungerechtfertigte Leistungsinanspruchnahmen zu verhindern.

Zu Buchstabe e Doppelbuchstabe aa

Ausgaben bzw. Umlagen, die in den Haushalten als durchlaufende Posten behandelt werden, sind bereits nach der bisherigen Regelung in § 291 Absatz 2b des Gesetzentwurfs von der Haushaltskürzung ausgenommen, da sie den Körperschaften nicht zur Deckung ihrer Ausgaben zur Verfügung stehen. Die dazu gehörenden Ausgaben sind im Gesetz ausdrücklich aufgezählt. Da in der Zwischenzeit durch neu in Kraft getretene Gesetze neue derartige durchlaufende Posten geschaffen wurden, ist die Regelung entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe g Doppelbuchstabe aa

Sobald der Versichertenstammdatendienst zur Verfügung steht, ist der Einzug von ungültigen elektronischen Gesundheitskarten nicht mehr erforderlich. Auch durch eine Sperrung kann dann gewährleistet werden, dass ungültige Gesundheitskarten nicht mehr zur Inanspruchnahme von Leistungen genutzt werden können. Durch den Verzicht auf den Einzug wird unnötige Bürokratie abgebaut.

**Zu Nummer 11** (§ 291a SGB V)

Zu Buchstabe d

Im Rahmen der fachlichen Arbeiten zu der Anwendung „Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ der Gesellschaft für Telematik hat sich gezeigt, dass die hierfür erforderlichen Daten weitestgehend mit denjenigen Daten übereinstimmen, die die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im Rahmen des Aktionsplans des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit für einen Medikationsplan erarbeitet hat und die bei der Vereinbarung über Inhalt und Struktur des Medikationsplans nach § 31a Absatz 4 berücksichtigt werden sollen. Deshalb hat die Gesellschaft für Telematik beschlossen, den elektronischen Medikationsplan nicht als eigene Anwendung, sondern als Vorstufe der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu entwickeln. Um diese fachliche Vorgehensweise zu unterstützen und eine redundante Datenhaltung zu vermeiden, sollen beide Bereiche auch gesetzlich als einheitliche Anwendung geregelt werden. Diese beinhaltet sowohl die Daten des Medikationsplans als auch die Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Zu Buchstabe f Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Änderung unter Buchstabe d.

Zu Buchstabe f Doppelbuchstabe ee

Im Gesetzentwurf ist bereits eine Erleichterung des Zugriffs der Versicherten auf ihr Patientenfach vorgesehen. Zusätzlich sollen Versicherte den Anspruch erhalten, dass Leistungserbringer, die Daten der Versicherten mittels der Gesundheitskarte verarbeiten, ihnen diese auf ihren Wunsch auch im Patientenfach gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 zur Verfügung stellen, so dass sie diese Daten selbstständig und sicher für sich nutzen können. Über diese Möglichkeit haben die Leistungserbringer die Versicherten unaufgefordert zu informieren.

Die mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten des Versicherten unterliegen unterschiedlichen Zugriffsvoraussetzungen. So ist für einen Zugriff auf Notfalldaten, Daten eines elektronischen Medikationsplans einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit oder Daten einer elektronischen Patientenakte gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 neben der Zustimmung des Versicherten immer auch der technische Einsatz eines Heilberufsausweises bzw. eines entsprechenden Berufsausweises eines zugriffsberechtigten Leistungserbringers nach dem sogenannten Zwei-Schlüssel-Prinzip (Heilberufsausweis und Gesundheitskarte) erforderlich.

Auf das Patientenfach kann der Versicherte unter Nutzung entsprechender geeigneter technischer Authentifizierungsverfahren hingegen auch eigenständig – ohne den Einsatz eines Heilberufsausweises – zugreifen. Der Versicherte soll das Recht erhalten, dass ihm seine medizinischen Daten in seinem Patientenfach zur Verfügung gestellt werden, auf welches er auch eigenständig zugreifen kann.

Die Krankenkassen, die gemäß Absatz 3 Satz 3 ihre Versicherten über die Funktionsweise und die Zugriffsmodalitäten der elektronischen Gesundheitskarte zu informieren haben, haben diese auch über die Möglichkeit zur Nutzung des Patientenfachs gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 zu informieren.

Zu Buchstabe g1 bis g3 (neu)

Die elektronische Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 soll den Versicherten darin unterstützen, Leistungserbringern Informationen über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, durchgeführte Impfungen und weitere medizinische Daten verfügbar zu machen.

Hierzu gehören zum einen Daten, die bereits mit den in § 291a Absatz 3 Satz 1 geregelten medizinischen Anwendungen der Gesundheitskarte strukturiert verfügbar gemacht werden, wie z. B. Notfalldaten oder Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zum Medikationsplan in elektronischer Form, einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Zum anderen sollen in der elektronischen Patientenakte gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 auch Daten weiterer Anwendungen der Telematikinfrastruktur hinterlegt werden können, wie z. B. Daten elektronischer Arztbriefe. Darüber hinaus soll die elektronische Patientenakte in weiteren

Umsetzungsstufen auch dazu geeignet sein, Daten aus fallbezogenen, einrichtungsübergreifenden Behandlungsdokumentationen (eFallakten) sowie weitere Daten in strukturierter Form aufzunehmen, wie z. B. Daten über durchgeführte Impfungen (eImpfpass), Daten eines elektronischen Mutterpasses, Labor- und radiologische Befunde, Daten elektronischer Dokumentationen zu Früherkennungsuntersuchungen usw., um diese für die Behandlung des Versicherten sicher verfügbar und nutzbar zu machen.

In Absatz 5c (neu) wird die Gesellschaft für Telematik damit beauftragt, bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die systematische Speicherung und Bereitstellung von Daten in der elektronischen Patientenakte ermöglicht wird, deren Inhalte und Struktur bereits aufgrund der Festlegungen für weitere Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte oder für weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur vorgegeben sind bzw. künftig noch entwickelt und festgelegt werden.

Anbieter von elektronischen Aktensystemen werden so in die Lage versetzt, ihre Produkte nach den Vorgaben der Gesellschaft für Telematik zu entwickeln und anzupassen und am Markt anzubieten.

Die Möglichkeit zur Bereitstellung von Notfalldaten, Daten des Medikationsplans in elektronischer Form, einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, sowie von elektronischen Arztbriefen stellt eine Mindestanforderung an eine elektronische Patientenakte dar. Diese Daten werden bereits in den nächsten Umsetzungsstufen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur einrichtungsübergreifend strukturiert bereitgestellt werden. Die Festlegung dieser Mindestanforderungen soll einen Einstieg in die systematische Konzeption, Strukturierung und Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 unterstützen.

Die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist – wie bei allen medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte – für den Versicherten freiwillig.

Bei der Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen muss sichergestellt werden, dass nur derjenige einen Ausweis erhält, der die notwendigen Voraussetzungen erfüllt, wer also zur Ausübung eines zugriffsberechtigten Berufs befugt ist oder, falls eine solche Ausübungserlaubnis nicht erteilt wird, zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung befugt ist oder, falls auch die Berufsbezeichnung nicht geschützt ist, zu den übrigen Zugriffsberechtigten nach Absatz 4 gehört. Die Stellen, die dies bestätigen, haben die Länder nach Satz 1 Nummer 2 zu bestimmen. Sie können hierfür nach Satz 2 gemeinsame Stellen bestimmen. Die vorgesehene Regelung enthält eine Verpflichtung dieser Stellen, diese für die Ausgabe der Heilberufs- und Berufsausweise erforderlichen Informationen an die für die Ausgabe der Ausweise zuständigen Stellen zu übermitteln.

Zu Buchstabe j Doppelbuchstabe bb

Die Änderung in § 291a Absatz 7b dient der Klarstellung. Die Zuschläge beziehen sich auf die Daten des Medikationsplans in elektronischer Form, einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit, also die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3.

Zu Buchstabe j Doppelbuchstabe cc

Die Ergänzung im neuen Satz 4 knüpft an die Regelung des neuen Satzes 3 an, mit der den Vertragspartnern im ärztlichen Bereich eine Frist zur Vereinbarung des Telematikzuschlags gesetzt wird. Auch für die Vereinbarung mit den Apothekern wird im Hinblick auf die Nutzung des Medikationsplans in elektronischer Form, einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit eine entsprechende Frist vorgegeben. Die Vertragspartner haben die nutzungsbezogenen Zuschläge zur Erstattung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten für die Aktualisierung des Medikationsplans in elektronischer Form einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit innerhalb dieser Frist zu vereinbaren.

Zu Buchstabe j Doppelbuchstabe ee

Mit dem neuen Satz 6 wird ebenfalls anknüpfend an die für den ärztlichen Bereich im neuen Satz 5 vorgesehene Regelung sichergestellt, dass die Schiedsstelle ohne erneute Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden kann, wenn die gesetzliche Frist zur Vereinbarung der nutzungsbezogenen Zuschläge für die Apotheker im Hinblick auf die Aktualisierung der Daten des Medikationsplans in elektronischer Form, einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 nicht eingehalten wurde.

**Zu Nummer 12** (§ 291b SGB V)

Zu Buchstabe a Absatz 1 Satz 10

Mit dem neuen Satz 10 wird der Gesellschaft für Telematik eine gesetzliche Frist gesetzt, bis zu der sie die erforderlichen Maßnahmen für die Nutzung der Daten des Medikationsplans in elektronischer Form einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 durchzuführen hat. Der neue Satz 11 enthält die im bisherigen Satz 10 des Gesetzentwurfs bereits vorgesehene Sanktion für die nicht fristgerechte Umsetzung zur Nutzung der Notfalldaten und ergänzt sie um die gleiche Sanktionsregelung in Bezug auf die nicht fristgerechte Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zur Nutzung des elektronischen Medikationsplans einschließlich der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (zu den Sanktionswirkungen vgl. Begründung zu Nummer 12 Buchstabe a zu den Sätzen 9 und 10 des Gesetzentwurfs).

Satz 12

Mit dem neuen Satz 12 wird der Gesellschaft für Telematik eine gesetzliche Frist gesetzt, bis zu der sie alle Maßnahmen durchführen muss, damit Versicherte eigene Daten im Patientenfach nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 speichern oder durch zugriffsberechtigte Leistungserbringer für sich speichern lassen können.

Satz 13

Um die zunehmende Verbreitung digitaler Anwendungen sowohl im medizinischen als auch im gesamtgesellschaftlichen Bereich aufzugreifen wird die Gesellschaft für Telematik mit dem neuen Satz 13 beauftragt, zu prüfen, inwieweit mobile und stationäre elektronische Endgeräte der Versicherten (z. B. Smartphones oder der eigene PC zu Hause) perspektivisch zur Wahrnehmung ihrer Rechte, insbesondere auch ihrer Zugriffsrechte gemäß § 291a Absatz 4 Satz 2 und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einbezogen werden können. Die Prüfung hat bis zum 31. Dezember 2016 zu erfolgen. Bis zum 31. März 2017 hat die Gesellschaft für Telematik dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über das Ergebnis dieser Prüfung vorzulegen.

Zu Buchstabe h Absatz 2a Satz 7

Mit der Ergänzung wird die Aufnahme eines Vertreters der Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, vorgesehen. Der Vertreter ist von der insoweit maßgeblichen Spitzenorganisation auf Bundesebene zu benennen. Damit wird der Bedeutung der hausarztentrierten Versorgung im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Aufnahme innovativer Leistungen, die noch nicht Eingang in die Regelversorgung gefunden haben, Rechnung getragen. Die Einbeziehung der Hausärzte in den Beirat der Gesellschaft für Telematik ist auch deshalb sinnvoll, weil ihnen bei den ersten medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, dem elektronischen Medikationsplan und den Notfalldaten, eine wesentliche Rolle zukommen wird.

**Zu Nummer 13** (§ 291e SGB V)

Zu Absatz 1 Satz 1

Mit der Änderung wird der Gesellschaft für Telematik eine Frist bis zum 30. Juni 2017 für die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Verpflichtung zum Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses gesetzt.

Zu Absatz 3 Satz 4 Nummer 2

Mit der Änderung wird vorgesehen, dass die Erstattung von Kosten für die Mitarbeit von Experten bei Aufbau, Pflege und Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses in der Geschäfts- und Verfahrensordnung zu regeln ist.

Zu Absatz 5 Satz 2 Nummer 5

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass über die Einbeziehung von Experten internationaler Standardisierungs- und Normungsorganisationen auch die maßgeblichen internationalen Standards sowohl in die Arbeit der

Gesellschaft für Telematik als auch in die Festlegungen für die sonstigen informationstechnischen Systeme im Gesundheitswesen eingebracht werden.

Zu Absatz 5 Satz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Absatz 3 Satz 4 Nummer 2.

Zu Absatz 10

Der neue Absatz 10 Satz 1 legt fest, dass elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann ganz oder teilweise finanziert werden dürfen, wenn sie die ins Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Interoperabilitätsfestlegungen der Gesellschaft für Telematik und die Empfehlungen der Gesellschaft für Telematik beachten. Nach der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung in Satz 2 werden Anbieter einer Anwendung, die ganz oder teilweise aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird sowie Anbieter einer Anwendung nach § 291a Absatz 7 Satz 3 verpflichtet, einen Antrag nach Absatz 8 Satz 1 zu stellen. Für Anwendungen, die ganz oder teilweise aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, gelten sowohl die Antragsverpflichtung nach Absatz 8 Satz 1 als auch die Anforderungen für die Finanzierung nach Satz 1 unabhängig davon, ob die Anwendung die Telematikinfrastruktur nutzt oder nicht. Mit den Regelungen soll perspektivisch erreicht werden, dass für Anwendungen im Gesundheitswesen einheitliche Standards, Profile und Leitfäden verwendet und transparent veröffentlicht werden.

**Zu Nummer 13** (§§ 291f, 291g und 291h SGB V)

Zu § 291f und § 291 g

Die Regelungen zum Entlassbrief werden aufgehoben. Die Regelungen zur Anschubfinanzierung sollen darauf konzentriert werden, dass durch die Förderung die Einführung der im Gesetz mit Fristen belegten medizinischen Anwendungen Notfalldaten und Medikationsplan unmittelbar unterstützt wird. Bei diesen Anwendungen ist der Einsatz eines Heilberufsausweises, der über die Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zwingend erforderlich.

Zu § 291h und § 291i

Folgeänderung zur Aufhebung der §§ 291f und 291g.

Zu § 291f Absatz 1 Satz 1

Der Zeitraum, in dem der Einsatz des elektronischen Briefs durch finanzielle Anreize gefördert werden soll, wird im Hinblick auf die erforderlichen Umsetzungsarbeiten auf den Zeitraum ab dem 1. Januar 2017 verschoben und auf ein Jahr begrenzt. Im Jahr 2017 wird für die Übermittlung elektronischer Briefe zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen eine Pauschale in Höhe von 55 Cent im Rahmen des Zuschlages nach § 291a Absatz 7b Satz 1 gesetzlich festgelegt. Einer weiteren Vereinbarung bedarf es daher nicht. Ab dem Jahr 2018 vereinbaren dann die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 die Höhe des Zuschlags für die Übermittlung elektronischer Briefe.

Zu Absatz 4

Die Nutzung der medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte setzt zwingend den Einsatz eines elektronischen Heilberufsausweises mit der Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und zur qualifizierten elektronischen Signatur voraus. Die ersten medizinischen Anwendungen, die Notfalldaten und der Medikationsplan in elektronischer Form, sollen spätestens ab dem 1. Januar 2018 mittels der elektronischen Gesundheitskarte verfügbar gemacht werden. Dafür ist es erforderlich, dass sich Ärzte bereits im Vorfeld mit den dafür erforderlichen Heilberufsausweisen ausstatten. Dann sind sie in der Lage, die Dokumente rechtssicher zu signieren und auf die Gesundheitskarte zuzugreifen. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben die Vorbereitungen für die Ausgabe der Heilberufsausweise getroffen. Mit der Finanzierung der elektronischen Briefe, bei denen bereits der für den späteren Einsatz in der Telematikinfrastruktur erforderliche Heilberufsausweis eingesetzt wird, wird ein Anreiz für die schnelle Einführung von Heilberufsausweisen gesetzt.

**Zu Nummer 13** (§ 291i SGB V)

Zu § 291g Überschrift

Folgeänderung aufgrund der Ergänzung in Absatz 4.

Zu Absatz 4 (neu)

Zur Sicherstellung der technischen sowie datenschutzrechtlichen Aspekte (insbesondere auch im Hinblick auf die zu treffenden technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) sind Videosprechstunden auf Basis von funktionalen und technischen Vorgaben für entsprechende sichere Übermittlungsverfahren zu erbringen. Diese Vorgaben sind von den Verhandlungspartnern entsprechend zu vereinbaren. Aufgrund der späteren Frist für die Vereinbarung nach Absatz 1, verschiebt sich auch die Frist in Absatz 2 entsprechend.

Soweit es sich bei der Online-Videosprechstunde in Echtzeit um die Übermittlung (und nachfolgende Verarbeitung und Nutzung) von personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung einer Patientin oder eines Patienten handelt, reicht als allgemeine datenschutzrechtliche Grundlage hierfür die nach einer ausreichenden Information erteilte und auf einer freien Entscheidung der Patientin oder des Patienten beruhende Einwilligung aus, die sich ausdrücklich auf die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung dieser personenbezogenen Daten für die ärztliche Behandlung beziehen muss (§ 4a BDSG). Die Patientin, der Patient trägt die Verantwortung und die Kosten dafür, die technischen Systeme in seiner Heimumgebung sicher zu gestalten (wie z. B. Installation eines Antivirenprogrammes; keine Nutzung unverschlüsselter WLAN-Verbindungen).

Die derzeit auf dem Markt befindlichen Lösungen ermöglichen die Realisierung einer Online-Videosprechstunde mit Standardsoftware und -hardware. Die Video-Kommunikation beginnt zur vereinbarten Zeit und findet direkt zwischen den Computern der Gesprächsteilnehmer (direkte Peer-to-Peer Verbindung) statt. Durch die Herstellung der direkten Peer-to-Peer-Verbindung zur Durchführung der Video-Kommunikation wird erreicht, dass die Daten direkt von einem Teilnehmer zum anderen übertragen werden und keine Weiterleitung über einen Server erfolgen muss. Dies erhört die Sicherheit patientenbezogener Daten.

Zur Sicherstellung einer sach- und fristgerechten Vereinbarung nach Absatz 1 sollen die Verhandlungspartner frühzeitig in Abstimmungen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragen für den Datenschutz und Informationsfreiheit treten.

**Zu Artikel 1a** (SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 5) Buchstabe a

Nach derzeit geltendem Recht sind Halb- oder Vollwaisenrentner in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, wenn sie selbst oder die Person, von der die gesetzliche Rente abgeleitet wird, die Vorversicherungszeit für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erfüllen. Diese Versicherungspflicht entsteht – wie die Versicherungspflicht anderer Bezieher einer gesetzlichen Rente – unabhängig von der Höhe der Rente und schließt eine beitragsfreie Familienversicherung (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) beim überlebenden Elternteil oder bei den Großeltern oder Pflegeeltern aus. Versicherungspflichtige Kinder, die vor dem Tod eines Elternteils oder beider Elternteile beitragsfrei mitversichert waren, müssen aus ihrer Waisenrente einen einkommensabhängigen Beitrag zur GKV leisten. Sofern die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der GKV nicht erfüllt sind, kommt für Halb- oder Vollwaisenrentner eine beitragsfreie Familienversicherung über den anderen Elternteil bzw. über die Großeltern oder Pflegeeltern in Betracht, sofern diese Personen Mitglieder der GKV sind und die betroffenen Kinder die maßgeblichen Alters- und Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Sind weder die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft noch für die Familienversicherung erfüllt, kann die Mitgliedschaft in der GKV als freiwillige Versicherung fortgesetzt werden. Im Rahmen der freiwilligen Mitgliedschaft werden Beiträge nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitglieds unter Einbeziehung der Waisenrente erhoben, mindestens jedoch ein Beitrag ausgehend von der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1.

Mit der Neuregelung wird für Waisenrentner künftig ein eigener Versicherungspflichttatbestand geschaffen. Die besondere Lebens- und Einkommenssituation von Waisenrentnern rechtfertigt eine gesonderte versicherungsrechtliche Behandlung dieser Personengruppe. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits in seinem Beschluss

vom 12. Oktober 1976 (1 BvL 9/74, Rn. 34 f.; zitiert nach juris) ausgeführt, dass zu den selbstverständlichen Verpflichtungen eines Sozialstaates auch die Verpflichtung zähle, jugendlichen Waisen, die sich nicht selbst unterhalten können, Hilfe zu leisten. Gleichzeitig hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt, dass die Entscheidung darüber, wie den Waisen Schutz zu gewähren ist, dem Gesetzgeber obliegt, dem die Verfassung einen Spielraum für seine Gestaltung belasse. Auch das Bundessozialgericht verweist in seiner Entscheidung vom 4. September 2013 (B 12 KR 13/11 R, Rn. 40; zitiert nach juris) auf den weiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Ordnung.

Den versicherungspflichtigen Personenkreis grenzt der Gesetzgeber einerseits nach dem Gedanken der Schutzbedürftigkeit des Einzelnen ab und andererseits nach dem Aspekt der Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft (s. Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom15. März 2000, 1 BvL 16/96 u. a., BVerfGE 102, S. 68). Durch die Versicherungspflicht in der GKV kann ein ausreichender, finanzierbarer Versicherungsschutz erreicht werden, indem die finanziell Starken die Schwachen, die Gesunden die Kranken und die Jungen die Älteren unterstützen. Dieses Solidaritätsprinzip ist einer der Hauptpfeiler der GKV.

Minderjährige Kinder oder Kinder, die nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, werden als sozial schutzbedürftig angesehen und sind schon nach geltendem Recht unter den Voraussetzungen des § 10 in die Familienversicherung einbezogen. Die Regelung berücksichtigt dabei, dass die Eltern ihren Kindern gegenüber unterhaltsverpflichtet sind. Dieser Unterhalt entfällt mit dem Tod eines oder beider Elternteile.

In typisierender Betrachtung ist es daher gerechtfertigt, bisher gesetzlich versicherte Waisenrentner sowie Waisenrentner, die die Voraussetzungen für die Familienversicherung dem Grunde nach erfüllen, auch unabhängig von der Länge der Vorversicherungszeiten in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten einzubeziehen. Diese Waisen sind regelmäßig noch nicht erwerbstätig oder befinden sich in Schul- oder Berufsausbildung.

Einbezogen in diese Versicherungspflicht werden damit alle Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht entweder bereits pflichtversichert nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 waren, die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllten oder eine freiwillige Mitgliedschaft begründen mussten. Außerdem werden Waisen von der Versicherungspflicht erfasst, die über den überlebenden Elternteil, ihre Großeltern oder Pflegeeltern die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen würden und somit auch nach bisher geltendem Recht in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten einbezogen waren. Die Vorrangregelung in § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bleibt bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung außer Betracht.

Wie bereits nach bisher geltendem Recht werden von dem neuen Versicherungspflichttatbestand Kinder erfasst, die eine gesetzliche Waisenrente nach § 48 SGB VI beziehen. Diese Kinder, die aufgrund der Einbeziehung ihres verstorbenen Elternteils bzw. beider verstorbenen Elternteile in die gesetzliche Rentenversicherung in diesem Versicherungssystem als schutzbedürftig anerkannt werden, sind auch in den Schutzbereich der GKV einbezogen. Waren die Eltern hingegen sowohl in der gesetzlichen Rentenversicherung als auch in der GKV versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig und haben ihre Absicherung für den Fall der Krankheit sowie für das Alter bzw. ihre Hinterbliebenen regelmäßig eigenverantwortlich bzw. über ein anderes System sichergestellt, besteht auch keine hinreichende Rechtfertigung, ihre Kinder als Waisen in die Pflichtversicherung der GKV einzubeziehen.

Eine besondere Situation stellt sich bei Waisen dar, die eine der gesetzlichen Waisenrente vergleichbare Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung beziehen, wenn sich diese Leistung von einem Elternteil ableitet, für den als Angehöriger eines verkammerten Freien Berufs eine Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung bestand und der als Beschäftigter zuletzt deshalb von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VI befreit war. In den Schutzbereich der GKV sowie der gesetzlichen Rentenversicherung werden abhängig Beschäftigte traditionell grundsätzlich als Pflichtversicherte einbezogen. Die Besonderheit bei den in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VI genannten Beschäftigten besteht darin, dass sie zugleich Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind. Dieser Personenkreis kann sich unter bestimmten Voraussetzungen von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Der Gesetzgeber hat ihnen ausnahmsweise dieses Befreiungsrecht zugunsten einer sozialen Absicherung in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung eingeräumt, wenn sie nicht in zwei Systemen gleichzeitig versichert und beitragspflichtig sein wollen. Anders als bei Leistungen sonstiger berufsbezogener Versorgungswerke oder Leistungen aus einer befreienden Lebensversicherung erfolgt die soziale Absicherung dieser Personen, von denen sich die Hinterbliebenenleistung ableitet, über eine berufsständische Versorgung, die wie die gesetzliche Rentenversicherung als gesetzliches Pflichtversicherungssystem konzipiert ist. Aufgrund der während des Erwerbslebens zuletzt wegen einer abhängigen Beschäftigung dem Grunde nach bestandenen Versicherungspflicht des verstorbenen Elternteils in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie in der GKV ist

es daher sachgerecht und geboten, die hinterbliebenen Kinder dieser Personen als Bezieher einer der gesetzlichen Waisenrente vergleichbaren Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung in dieser besonderen Lebenssituation mit in die neue Versicherungspflicht als Waisenrentner einzubeziehen.

Nicht erfasst von der Versicherungspflicht werden hingegen wie bisher auch diejenigen Waisenrentner, die keinen ausreichenden Bezug zur GKV haben, weil sie zuletzt privat krankenversichert waren, die Vorversicherungszeit nach Nummer 11 nicht erfüllen bzw. diese auch nach Absatz 2 Satz 2 für sie nicht als erfüllt gilt und die auch nicht über den überlebenden Elternteil, ihre Großeltern oder Pflegeeltern die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen würden.

Die Mitgliedschaft der von § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfassten Personen beginnt nach § 186 Absatz 9 grundsätzlich mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags bzw. des Antrags auf die in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b genannte entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung. Für Waisen, die diese Leistungen bereits vor Inkrafttreten des neuen Pflichttatbestandes beantragt haben oder beziehen, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes.

Die Versicherungspflicht in der GKV nach dem neuen § 5 Absatz 1 Nummer 11b endet spätestens, wenn der Rentenbezug bzw. der Bezug der in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b genannten entsprechenden Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung endet. Sie tritt außerdem hinter bestimmten vorrangigen Versicherungspflichttatbeständen zurück (s. dazu zu Buchstaben b und c).

Zu Buchstabe b

Ebenso wie die Versicherungspflicht als Rentner ist die Versicherungspflicht als Waisenrentner vorrangig vor der Versicherungspflicht als Studierender oder Praktikant, es sei denn, die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus.

Nach Vollendung des 25. Lebensjahres ist damit die Versicherungspflicht für Studierende oder Praktikanten in der Regel vorrangig vor der Versicherungspflicht als Waisenrentner, so dass eine – auch hinsichtlich der zu entrichtenden Beiträge – Gleichbehandlung der in der GKV versicherten Studierenden während des Studiums gewährleistet ist.

Infolge des Vorrangs der Versicherungspflicht für Studierende oder Praktikanten und der damit einhergehenden Beitragsbemessung gemäß § 236 ist die (Waisen-)Rente nach § 48 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) zwar grundsätzlich neben dem Studentenbeitrag beitragspflichtig. Höchstrichterlicher Rechtsprechung (Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Dezember 1995, 12 RK 74/94, USK 95153) zufolge ist dem Mitglied jedoch auf Antrag sein Eigenanteil an den Beiträgen aus der Rente von der Krankenkasse zu erstatten, soweit dieser (zusammen mit eventuell aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträgen) den Studentenbeitrag nicht übersteigt. Dabei ist auch auf die Summe der Beiträge unter Einbeziehung des Zusatzbeitrags abzustellen und anschließend der Überschreitungsbetrag aufzuteilen. In der Folge sind dem Rentenversicherungsträger die von diesem insoweit getragenen Beitragsanteile in entsprechender Anwendung des § 231 Absatz 2 Satz 3 zu erstatten. Die gesetzliche Rentenversicherung wird insoweit von Beiträgen entlastet.

Durch die Änderung wird gleichzeitig die Versicherungspflicht nach Nummer 11a ausdrücklich in die für Rentner nach den Nummern 11 und 12 geltende Vorrangregelung einbezogen. Nummer 11a erfasst bestimmte Künstler und Publizisten, die nicht bereits nach Nummer 11 die Voraussetzungen für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner erfüllen. Insoweit wird eine Regelungslücke geschlossen, da kein Grund dafür erkennbar ist, die Versicherungspflicht nach Nummer 11a insoweit anders zu behandeln (zur Auslegung gegen den Wortlaut im Rahmen des Absatzes 8 s. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, 87. EL Februar 2015, § 5 SGB V Rn. 98).

Zu Buchstabe c

Es wird sichergestellt, dass die Pflichttatbestände nach Absatz 1 Nummer 1 bis 7 oder Nummer 8 ebenso wie vor der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11 vorrangig vor der Versicherungspflicht als Waisenrentner nach Absatz 1 Nummer 11b sind. Sobald ein Waisenrentner daher beispielsweise ein Ausbildungsverhältnis im Rahmen einer Beschäftigung aufnimmt, endet die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b und die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 1 gilt. In diesem Fall endet auch die Beitragsfreiheit der in § 237 Satz 2 und 3 genannten Leistungen, da sie an die Versicherungspflicht als Rentner anknüpft. Für Versicherungspflichtige nach Absatz 1 Nummer 1 gilt hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen § 226, wonach u. a. der Zahlbetrag

der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist. Im Vergleich zum derzeit geltenden Recht tritt damit keine Schlechterstellung von Waisenrentnern, die ein Ausbildungsverhältnis im Rahmen einer Beschäftigung aufnehmen, ein, da entsprechende Waisenrentner auch derzeit nicht nur aus dem Arbeitsentgelt aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung (Ausbildungsvergütung), sondern auch aus der Waisenrente bzw. aus Versorgungsbezügen Beiträge zu entrichten haben.

Gleichzeitig wird bestimmt, dass die derzeit geltende Vorrangregelung auch Rentner nach Nummer 11a erfasst (s. hierzu zu Buchstabe b).

Zu Nummer 2 (§ 8)

Es wird bestimmt, dass das bisherige Befreiungsrecht für Rentner und Rentenantragsteller auch für Waisenrentner gilt, die infolge der Einführung des neuen § 5 Absatz 1 Nummer 11b versicherungspflichtig in der GKV werden. Gleichzeitig wird geregelt, dass das Befreiungsrecht auch Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a erfasst (s. zu der entsprechenden Auslegung zum bislang geltenden Recht auch Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, 87. EL Februar 2015, § 8 SGB V Rn. 10).

Zu Nummer 3 (§ 10)

Mit dieser Änderung wird sichergestellt, dass die Versicherungspflicht als Waisenrentner der Familienversicherung vorgeht. Dem besonderen Schutzbedürfnis der Waisenrentner wird nachgekommen, indem die Beitragsfreiheit aus der Waisenrente angeordnet wird (s. Nummer 7) und insofern ebenso wie im Rahmen der Familienversicherung keine Beitragsbelastung entsteht. Auch die Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a werden in die ansonsten für Rentner geltende Vorrangregelung einbezogen, da ein sachgerechter Grund für eine Differenzierung nicht erkennbar ist (s. hierzu auch zu Nummer 1 Buchstabe b sowie zu Nummer 2).

Zu Nummer 4 (§ 189)

Mit dieser Regelung wird gewährleistet, dass die Mitgliedschaft von Rentenantragstellern auch für Waisenrentner gilt. Dies ist bedeutsam, wenn ein Rentenantrag bereits gestellt wurde und die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b dem Grunde nach vorliegen, aber die Rente noch nicht bezogen wird. Die betroffenen Personen werden dann bereits in den Schutz der GKV einbezogen. Gleiches soll für Rentner nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a gelten (s. hierzu auch zu Nummer 1 Buchstabe b und zu Nummer 2).

Zu Nummer 5 (§ 202)

Der Versicherungspflichttatbestand nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b setzt eine Antragstellung auf die dort genannten Leistungen voraus. Anders als bei Waisenrenten nach § 48 SGB VI sind von der Zahlstelle von Versorgungsbezügen nach derzeit geltendem Recht gemäß § 202 Absatz 1 Satz 1 nur Beginn, Höhe, Veränderung und Ende der Versorgungsbezüge an die Krankenkasse zu melden. Durch die Regelung wird die Zahlstelle verpflichtet, der Krankenkasse den Tag der Antragstellung auf die in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b genannte Leistung zu melden. Durch die Ergänzung dieses weiteren Meldetatbestandes wird es den Krankenkassen ermöglicht, die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b zu prüfen.

Zu Nummer 6 (§ 225)

Nach derzeit geltendem Recht sind Waisenrentner beitragsfrei, wenn der Bezug der Hinterbliebenenrente und die Mitgliedschaft in der KVdR sicher sind und sie den Rentenantrag vor Vollendung des 18. Lebensjahres gestellt haben.

Als Folgeregelung zum neuen Versicherungspflichttatbestand des § 5 Absatz 1 Nummer 11b ist die Beitragsfreiheit für Waisen, die dessen Voraussetzungen dem Grunde nach erfüllen, aber die in § 5 Absatz 1 Nummer 11 b genannten Leistungen noch nicht beziehen, anzuordnen, damit nicht zunächst nach § 239 Beiträge zu erheben und sodann nach Leistungsbewilligung von Anfang an zu erstatten sind.

Zu Nummer 7 (§ 237)

Mit dem Verlust eines Elternteils oder beider Elternteile entfällt auch der Unterhaltsanspruch gegenüber diesem Elternteil oder den Eltern. Minderjährige Kinder oder Kinder, die nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, werden als sozial schutzbedürftig angesehen und sind schon nach geltendem Recht unter den Voraussetzungen des § 10 in die Familienversicherung einbezogen. Die Regelung berücksichtigt dabei, dass die Eltern ihren Kindern gegenüber unterhaltsverpflichtet sind. Zum Unterhalt gehört auch die Gewährung eines angemessenen Krankenversicherungsschutzes. Durch die Einbeziehung der Kinder in die Familienversicherung und damit in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten wird den unterhaltsverpflichteten Eltern die Erfüllung ihrer Unterhaltspflicht insoweit erleichtert, als sie für den Krankenversicherungsschutz ihrer Kinder keine zusätzlichen Beitrage leisten müssen.

Die Waisenrente nach § 48 SGB VI soll den durch den Tod eines Elternteils oder beider Elternteile entfallenden Unterhalt ersetzen. Berücksichtigend, dass (Halb-)Waisen, wenn sie minderjährig und im schulpflichtigen Alter oder jünger sind, sich ihre Lebenssituation nicht aussuchen und im Regelfall auf eigene Initiative kein Einkommen generieren können, ist es gerechtfertigt, der Familie die Erfüllung der bestehenden Unterhaltslast durch die Beitragsfreistellung der Waisenrente zu erleichtern. Im Laufe der über die Schulpflicht hinausgehenden Zeit weiterführender Schul- oder Berufsausbildung nehmen die Hinderungsgründe an der Erzielung eigenen Einkommens zunehmend ab. Im Rahmen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 ist es jedoch gerechtfertigt, die Waisenrenten beitragsfrei zu stellen. Der besondere beitragsrechtliche Status der Gruppe der Waisenrentner ist insoweit zeitlich befristet.

Für die nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte geleistete Waisenrente gilt das entsprechend, da diese ansonsten als Versorgungsbezug (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) beitragspflichtig bliebe, obwohl sie dieselbe Funktion erfüllt wie die Waisenrente nach § 48 SGB VI. Eine Gleichbehandlung der nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte geleisteten Waisenrenten ist gerechtfertigt, weil Bezieher von Waisenrenten aus dem eigenständigen Alterssicherungssystem für Landwirte durch die Verknüpfung mit der Pflichtversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung derselbe schutzbedürftige Personenkreis sind.

Ebenso verhält es sich bei einer entsprechenden Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung im Sinne von § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b, soweit der verstorbene Elternteil, von dem sich diese Leistung ableitet, zuletzt als Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der für Beschäftigte bestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit war (s. hierzu auch Nummer 1 Buchstabe a).

Die zeitliche Befristung des besonderen beitragsrechtlichen Status orientiert sich an den Altersgrenzen des § 10 Absatz 2, da insoweit eine Gleichstellung mit anderen in Schul- oder Berufsausbildung befindlichen oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder einen Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leistenden Personen herbeigeführt wird. Nach dem Erreichen der Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 haben diese Personen bei Fortführung ihrer Versicherung in der GKV grundsätzlich Beiträge zu entrichten.

Für Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht entweder versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder nach dem Erreichen der Altersgrenzen nicht länger beitragsfrei familienversichert sein konnten, tritt insoweit keine Änderung ein. Für Waisen, die nach bisher geltendem Recht eine freiwillige Mitgliedschaft begründen mussten, ergibt sich nach dem Ende der Beitragsfreiheit der genannten Leistungen für die Dauer der weiteren Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b eine Beitragsentlastung.

Zu Nummer 8 (§ 249a)

Nach geltender Rechtslage trägt der Träger der Rentenversicherung bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente nach § 228 Absatz 1 Satz 1 beziehen, die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Diese Regelung schließt versicherungspflichtige Waisenrentenbezieher mit ein.

Bei der Ergänzung handelt es sich um eine Folgeregelung zu § 237 Satz 2 -neu-, wonach für der Versicherungspflicht unterliegende Bezieher einer Waisenrente bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 die von ihnen bezogene Waisenrente beitragsfrei gestellt wird. Die sich daraus ergebende finanzielle Belastung soll nicht ausschließlich zu Lasten der GKV gehen. Aus diesem Grund wird festgelegt, dass der die Waisenrente zahlende Rentenversicherungsträger weiterhin die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz trägt, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.

**Zu Artikel 1b** (SGB I)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 291 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

**Zu Artikel 1c (SGB XI)**

Die Einführung eines neuen Versicherungspflichttatbestandes nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (s. Artikel 1a Nummer 1) wird auch für die soziale Pflegeversicherung nachvollzogen.

**Zu Artikel 1d** (KVLG 1989)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Schaffung des eigenständigen Versicherungspflichttatbestandes in § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Schaffung des eigenständigen Versicherungspflichttatbestandes in § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V.

Zu Nummer 3

Mit der Änderung wird die Beitragsfreistellung der in § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V genannten Leistungen und der Waisenrenten nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte deckungsgleich auf die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherten Waisenrentner übertragen.

**Zu Artikel 1e** (Schiedsstellenverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 130b Absatz 9 Satz 6 (neu). Mit dem neuen § 130b Absatz 9 Satz 6 wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt, den Vertragspartnern eine Frist zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzten. Die Regelung zur Einleitung des Schiedsverfahrens wird entsprechend angepasst.

**Zu Artikel 3a** (§ 3a ZHG)

Die Änderung schafft die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen im Studiengang Zahnmedizin.

Im Studiengang Zahnmedizin besteht derzeit – anders als in der Medizin – nicht die Möglichkeit, Modellstudiengänge einzurichten. Um zeitnah eine Anpassung des Studiums der Zahnmedizin an die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin zu ermöglichen, soll die rechtliche Grundlage zur Durchführung entsprechender Modellstudiengänge geschaffen werden. Für die Einführung einer Modellklausel für eine Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer novellierten Approbationsordnung für Zahnärzte hatte sich auch die Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden ausgesprochen. Am Ziel einer Gesamtreform des Studiums der Zahnmedizin wird uneingeschränkt festgehalten.

Die Ausbildung der Studierenden in der Zahnmedizin erfolgt derzeit auf der Grundlage der aus dem Jahr 1955 stammenden und seitdem weitgehend unveränderten Approbationsordnung für Zahnärzte. Der Koalitionsvertrag auf Bundesebene für die 17. Legislaturperiode sah vor, dass die Approbationsordnung für Zahnärzte novelliert werden soll. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daraufhin im August 2010 Eckpunkte für eine Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte vorgelegt und nach grundsätzlicher Zustimmung durch die Kultusministerkonferenz im Februar 2011 eine Bund-Länder-Expertengruppe eingesetzt, um die Erarbeitung des Referentenentwurfs vorzubereiten. Nach Abschluss der Arbeiten der Bund-Länder-Expertengruppe im Februar 2012 hat die Kultusministerkonferenz mit Beschluss vom 7. November 2013 die Notwendigkeit einer Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte anerkannt und Aussagen zur Ausbildungskapazität getroffen, auf deren Grundlage der vollständige Entwurf einer Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte erarbeitet werden

kann. Der Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode enthält den Auftrag, in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ zu entwickeln. Wegen der künftig noch stärker werdenden strukturellen Angleichung von ärztlicher und zahnärztlicher Ausbildung sollen die Reformüberlegungen in die Novellierung der zahnärztlichen Ausbildung eingehen.

Um die rechtliche Grundlage für die Durchführung von Modellstudiengängen im Studiengang Zahnmedizin zu schaffen, wird eine entsprechende Regelung in das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde aufgenommen.

Zu Absatz 1

Der neue § 3a legt in Absatz 1 fest, dass jedes Land im Studiengang Zahnmedizin Modellstudiengänge zulassen kann. Die Genehmigung ist durch die nach Landesrecht zuständige Stelle zu erteilen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 sind die zulässigen Abweichungen von der Approbationsordnung für Zahnärzte geregelt.

Zu Absatz 2 Nummer 1

Nummer 1 betrifft die staatlichen Prüfungen. Die Regelung ermöglicht es, vorklinische Lehrinhalte (1. bis 5. Semester) und klinische Lehrinhalte (6. bis 10. Semester) stärker miteinander zu verknüpfen. Zugleich wird eine Anpassung des zahnmedizinischen Studiums an die strukturellen Vorgaben des medizinischen Studiums in der Vorklinik erleichtert, das die erste staatliche Prüfung nach dem 4. Semester vorsieht.

Für die Fakultäten hat die Angleichung beider Studiengänge organisatorische und damit auch wirtschaftliche Vorteile. Studierende der Zahnmedizin sowie der Medizin benötigen in den Grundlagenfächern keine grundsätzlich verschiedene Vorbereitung auf den nachfolgenden „klinischen“ Studienabschnitt, da die Lerninhalte in den Grundlagenfächern zu großen Teilen identisch sind.

Zugleich wird die gegenseitige Anerkennung der Studienleistungen erleichtert. Dadurch sollen insbesondere der Umstieg in die Medizin (Studierender erkennt, dass er die psychomotorischen Fähigkeiten für die Tätigkeiten in der Zahnmedizin nicht besitzt) und die für die fachärztliche Tätigkeit in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie erforderliche Doppelapprobation erleichtert werden.

Zu Absatz 2 Nummer 2

Nummer 2 lässt es zu, dass im Fach Zahnersatzkunde im vorklinischen Studienabschnitt auch Inhalte der gesamten Zahnheilkunde vermittelt werden. Dadurch können die Grundlagen der präventiven und restaurativen Inhalte besser und frühzeitiger in die Ausbildung einbezogen werden. Statt dem bisherigen Schwerpunkt der zahnmedizinischen Ausbildung bis zum 5. Semester im Bereich Zahnersatz und Werkstoffkunde (Zahnkronen, Brücken, Prothesen) kann dem veränderten Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, dem deutlichen Rückgang der Kariesprävalenz und der möglichen Zahnerhaltung bis ins Alter Rechnung getragen werden und können bereits neuere Erkenntnisse zur Prävention sowie zur Therapie und Erhaltung aller oraler Strukturen vermittelt werden.

Zu Absatz 2 Nummer 3

Nummer 3 ermöglicht es, die bisherigen Behandlungskurse Zahnerhaltung und Zahnersatz zu integrierten Behandlungskursen zusammenzuführen. Damit kann der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin entsprechend der Behandlungsrealität künftig in einer synoptischen Betrachtungsweise der Erkrankungen des Zahn- und des Zahnhalteapparates und in möglichen Therapien zur Wiederherstellung der Präventions- und Funktionsfähigkeit ausgebildet werden. Statt einer isolierten Vermittlung einzelner Fächer soll Problemlösungskompetenz vermittelt werden. In der Universitätsambulanz vermeiden integrierte Kurse zudem den Wechsel des Behandlers und erschließen damit ein größeres Spektrum an Patientinnen und Patienten, die zur studentischen Mitbehandlung geeignet sind.

Bereits im Rahmen der geltenden Approbationsordnung für Zahnärzte ist es auf freiwilliger Basis möglich, Lehrangebote vorzusehen, mit denen die Studierenden stärker an Forschungsthemen und an wissenschaftliches Arbeiten herangeführt werden. Ebenso möglich sind freiwillige Praktika in einer Praxis niedergelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte, in einer Poliklinik, auf Station oder in einem zahntechnischen Labor. Im Hinblick auf die Konzeption von Modellstudiengängen wird ermutigt, von diesen Möglichkeiten Gebrauch zu machen.

Zu Absatz 3

In Satz 1 sind die einzelnen Voraussetzungen für die Zulassung des Modellstudiengangs geregelt. Nach Nummer 2 sollen in der Studienordnung der Hochschule insbesondere Unterrichtskonzept und -durchführung und das vom Regelstudiengang abweichende Überprüfungsverfahren geregelt werden. Nach Nummer 3 soll sichergestellt werden, dass die im Regelstudiengang vorgesehene Überprüfung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Modellstudiengang nicht entfällt, sondern in gleichwertiger Weise zu erfolgen hat. Dabei wird auch festgelegt, welche Inhalte Voraussetzung für die Ausbildung am Patienten sind. Nummer 4 sieht die Evaluation des Modellstudiengangs in Bezug auf die qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung vor. Der Medizinische Fakultätentag erarbeitet derzeit Kriterien für die Qualität der Lehre in der Medizin, die dann als Grundlage herangezogen werden könnten. Mögliche Evaluationskriterien können auf die organisatorischen Abläufe, die Behandlungsplanung und -durchführung, die Anzahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die studentische Behandlung, die Anzahl von Patientinnen und Patienten nach der Behandlung und deren Zufriedenheit bezogen sein. Aus Nummer 6 ergibt sich, dass der Zugang zum Modellstudiengang in gleicher Weise erfolgt wie der Zugang zum Regelstudiengang, d. h. über die Zulassungsregelungen der Länder. Aus Nummer 8 folgt, dass ein Modellstudiengang an einer Universität auch den Übergang in den Regelstudiengang – ggf. an einer anderen Universität – vorsehen muss, damit z. B. bei Abbruch des Modells die Möglichkeit besteht, das Studium im Regelstudiengang weiterzuführen. Aus Nummer 9 ergibt sich, dass die Vorgaben für die Prüfungen des Regelstudiengangs, die im Modellstudiengang nach Nummer 3 in gleichwertiger Weise erbracht werden müssen, im Modellstudiengang in entsprechender Weise zu erfüllen sind.

Wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, im Fach Zahnersatzkunde im vorklinischen Studienabschnitt mehr präventive und restaurative Inhalte einzubeziehen, so sind nach Satz 2 diese Inhalte bei den Prüfungen im Modellstudiengang, die anstelle der naturwissenschaftlichen und der zahnärztlichen Vorprüfung abzulegen sind, ebenfalls abzuprüfen.

Zu Absatz 4

Es besteht die Möglichkeit, die Zulassung als Modellstudiengang befristet zu erteilen und mit Auflagen zu versehen.

Zu Absatz 5

Die Regelung stellt sicher, dass endgültig nicht bestandene staatliche Prüfungen bzw. die diesen im Modellstudiengang entsprechenden Prüfungen beim Wechsel vom Modell- in den Regelstudiengang und umgekehrt nicht erneut abgelegt werden können.

Zu Absatz 6

§ 3a Absatz 6 legt fest, dass mit dem Gesuch um Zulassung zur Abschlussprüfung die in § 19 Absatz 2 und 3 und § 26 Absatz 2 bis 4 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannten Nachweise im Modellstudiengang vorzulegen sind.

Zu Absatz 7

Um die Erkenntnisse aus den Modellstudiengängen für die Weiterentwicklung der Regelstudiengänge und damit zu einer Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte nutzen zu können, sieht § 3a Absatz 7 eine Informationspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

**Zu Artikel 4** (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Gemäß Absatz 1 tritt das Gesetz vorbehaltlich der Regelungen in den Absätzen 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird bestimmt, dass die Änderung des § 5 Absatz 5a SGB V (Artikel 1 Nummer 0) gleichzeitig mit der durch das GKV-FQWG bereits geregelten Änderung des § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V zum 1. Januar 2016 in Kraft tritt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b im SGB V und SGB XI wie auch im KVLG 1989 (Artikel 1a, 1c und 1d) mit allen notwendigen Folgeänderungen zum 1. Januar 2017 in Kraft tritt. Dadurch wird den beteiligten Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und den berufsständischen Versorgungseinrichtungen die Gelegenheit gegeben, die notwendigen und sehr umfangreichen Umsetzungsmaßnahmen (Anpassung von Verfahren und Programmen) durchzuführen.

Berlin, den 2. Dezember 2015

**Dr. Katja Leikert**
Berichterstatterin

**Dirk Heidenblut**
Berichterstatter

**Kathrin Vogler**
Berichterstatterin

**Maria Klein-Schmeink**
Berichterstatterin



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333